

Travail de Bachelor pour l'obtention du diplôme Bachelor of Science HES-SO en
soins infirmiers

HES-SO Valais Wallis Domaine Santé & Travail social

LES SOINS DE DEVELOPPEMENT EN NEONATOLOGIE

Quel est le vécu professionnel de l'infirmière face à
l'utilisation des soins de développement en néonatalogie,
dans la prise en charge des nouveau-nés prématurés ?

Réalisé par : Juliana Dubosson

Promotion : Bachelor 07

Sous la direction de : Sarah Dini

Troistorrents, le 12 juillet 2010

Résumé

Ce mémoire s'inscrit dans le cadre de l'obtention de mon diplôme d'infirmière. Il s'agit d'une recherche de type exploratoire, qui porte sur le ressenti des infirmières travaillant en néonatalogie avec les prématurés, au moyen des soins de développement. Ce travail a pour but d'identifier les avantages et les inconvénients que rencontrent les infirmières travaillant avec les soins de développement, en mettant en évidence leur vécu professionnel dans la prise en charge des prématurés. Ce vécu professionnel concerne d'une part l'organisation de l'infirmière et l'intégration des soins de développement dans sa pratique, et d'autre part les relations qu'elle entretient avec ses collègues (infirmières et médecins) et les usagers (parents et prématurés).

L'étude s'est effectuée auprès de sept infirmières utilisant quotidiennement les soins de développement dans leur prise en charge des prématurés au sein d'un service de néonatalogie valaisan. Elle contient également une comparaison avec un service de néonatalogie vaudois, où une collègue de promotion a dirigé les mêmes recherches auprès de sept infirmières. Les données ont été recueillies grâce à des entretiens semi-directifs, puis analysées par thèmes et en fonction de trois hypothèses. Ces dernières ont permis l'émergence des résultats suivants : d'une part, la pratique et l'application des soins de développement ne sont pas contraignantes pour les infirmières des deux échantillons ; d'autre part, les infirmières expriment certaines difficultés liées majoritairement aux médecins, mais de bonnes collaborations avec l'équipe infirmière et avec les parents, ainsi qu'une grande satisfaction dans leur relation avec les prématurés. La question centrale de recherche a révélé une satisfaction universelle et une amélioration du vécu professionnel grâce aux soins de développement pour les infirmières des deux terrains d'enquête.

Mots-clés : Infirmière – Vécu professionnel – Soins de développement – Néonatalogie – Prématuré

Remerciements

Je tiens à remercier toutes les personnes qui, d'une manière ou d'une autre, m'ont aidée et soutenue lors de mes quatre ans de formation et dans la réalisation de ce travail de recherche.

Un merci particulier à :

- Ma collègue de promotion, Valentine, auprès de qui j'ai pu trouver un soutien et une aide indéfectible tout au long de ma formation et dans la réalisation de ce travail.
- Ma directrice de mémoire, Mme Sarah Dini, qui m'a guidée avec application tout au long de mon mémoire.
- Les personnes ressources du canton du Valais et du canton de Vaud, pour leur disponibilité et leur motivation.
- Les infirmières du canton de Vaud et du canton du Valais, pour leurs témoignages et leurs informations.
- Mes parents, Tania, Julien et Florence pour leur encouragement et leur soutien inestimable.

Il me reste à vous souhaiter une bonne lecture, en espérant que cette recherche initiale pourra vous intéresser et vous apporter des éclaircissements sur ce que vivent les infirmières de néonatalogie au travers des soins de développement.

Les avis exprimés dans ce mémoire n'engagent que l'auteur

Table des matières

1. Introduction	1
1.1 Contexte de l'étude.....	1
1.2 Présentation du sujet.....	2
1.3 Motivations personnelles	3
1.4 Motivations professionnelles, économiques et politiques ..	4
1.5 Compétences	5
1.5.1 Contribuer à la recherche en soins et en santé.....	5
1.5.2 Participer aux démarches de qualité	6
1.5.3 Exercer ma profession de manière responsable et autonome	6
1.6 Objectifs d'apprentissage	7
2. Problématique	8
2.1 Question centrale de la recherche	9
2.2 Entretien exploratoire	9
3. Cadre conceptuel.....	10
3.1 Prématurité	11
3.1.1 Définitions	11
3.1.2 Causes de la prématurité	13
3.1.3 Principales complications ou pathologies liées à la prématurité.....	13
3.1.4 Comportements du nouveau-né prématuré.....	14

3.2 Soins de développement	16
3.2.1 Définitions et buts des soins de développement	16
A) Définitions	16
B) Buts généraux des soins de développement	17
3.2.2 Environnement de l'unité néonatale.....	18
3.2.3 Interventions spécifiques des soins de développement	21
A) Interventions pour diminuer les sources de surstimulations.....	21
B) Interventions favorisant la promotion des différents sens	22
C) Interventions pratiquées dans le service du canton du Valais et dans le canton de Vaud	23
3.2.4 NIDCAP : une application spécifique des soins de développement.....	25
3.2.5 Avantages liés aux soins de développement.....	27
A) Avantages pour les prématurés	27
B) Avantages pour les parents	28
C) Avantages pour les infirmières.....	29
D) Avantages pour le système de santé.....	30
3.2.6 Implantation des soins de développement auprès des infirmières	30
A) Implantation d'un point de vue général	30
B) Synthèse des entretiens exploratoires	31
C) Implantation auprès des deux terrains d'enquête	33
3.3 Prise en charge infirmière en néonatalogie	34
3.3.1 Histoire et évolution de la néonatalogie à travers le temps	34
3.3.2 Histoire et évolution de l'intégration des parents en néonatalogie.....	35
3.3.3 Rôles de l'infirmière en néonatalogie	36

4. Méthodologie.....	39
4.1 Hypothèses de la recherche	39
4.2 Objectifs de l'étude	42
4.3 Méthode qualitative	43
4.4 Outil d'investigation	43
4.4.1 Entretien semi-directif	43
4.4.2 Construction de l'outil	46
4.5 Echantillon	48
4.5.1 Type et taille de l'échantillon.....	48
4.5.2 Critères de la population.....	48
4.5.3 Données de l'échantillon.....	49
4.6 Collaboration avec le terrain.....	50
4.7 Principes éthiques et protection des données	50
5. Analyse	52
5.1 Démarche préparatoire.....	52
5.2 Synthèse thématique	53
5.3 Tableau synoptique	54
5.4 Analyse des corpus.....	55
5.4.1 Pratique et application des soins de développement	56
5.4.1.1 Définitions des SD ¹ , objectifs et soins utilisés.....	56
5.4.1.2 Organisation de l'infirmière	63
5.4.1.3 Vécu professionnel	70

¹ L'abréviation « SD » correspond au terme « soins de développement ».

5.4.2	Relations au travail et avec les usagers.....	74
5.4.2.1	Collaboration et relation entre infirmières.....	74
5.4.2.2	Collaboration et relation entre infirmières et médecins.....	77
5.4.2.3	Prise en charge et relation avec les parents.....	79
5.4.2.4	Prise en charge et relation avec les prématurés.....	83
6.	Vérification des hypothèses.....	86
6.1	Hypothèse 1.....	86
6.2	Hypothèse 2.....	88
6.3	Hypothèse 3.....	89
7.	Synthèse	91
8.	Synthèse comparative.....	93
8.1	Tableau comparatif des résultats entre le service du canton du Valais (VS) et du canton de Vaud (VD)	93
8.2	Besoins formulés par les infirmières au niveau des soins de développement.....	97
8.3	Analyse comparative	98
8.3.1	Pratique et application des soins de développement	98
8.3.2	Relations au travail et avec les usagers.....	100
9.	Discussion	103
9.1	Validité interne.....	103
9.1.1	Démarche de la recherche	103
9.1.2	Saisie et récolte des données	103
9.1.3	Crédibilité et authenticité de la démarche.....	105
9.1.4	Saturation des données.....	105

9.2 Validité externe	106
9.3 Pistes de réflexion	106
10. Conclusion	109
10.1 Retour sur les objectifs d'apprentissage	109
10.2 Bilan technique	109
10.3 Bilan professionnel.....	110
10.4 Bilan personnel.....	111
11. Lexique	113
12. Références bibliographiques.....	115
12.1 Livres.....	115
12.2 Polycopiés	116
12.3 Revues.....	117
12.4 Articles et brochures.....	118
13. Références cyberographiques.....	119
Annexes	I
1. Référentiel des neuf Compétences de l'étudiante lors des stages	II
2. Entretien exploratoire	IV
3. Liste des cantons de Suisse disposant d'un service de néonatalogie.....	VIII
4. Grille d'entretien	X

5. Lettre pour la demande d'enquête au sein du RSV (Réseau Santé Valais).....	XII
6. Lettre à l'attention de la responsable de formation de pédiatrie et de néonatalogie de l'hôpital du canton du Valais.....	XIV
7. Lettre d'information pour les participants de l'étude	XVI
8. Document du consentement éclairé.....	XVIII
9. Exemple d'une grille d'analyse	XIX

1. Introduction

1.1 Contexte de l'étude :

C'est dans le cadre de ma formation à la HES-SO Valais filière infirmière et pour l'obtention du diplôme d'infirmière que s'inscrit ce mémoire de fin d'études. Le sujet de ce dernier va porter sur la prise en charge infirmière des nouveau-nés prématurés en néonatalogie au travers des soins de développement². L'objectif principal de cette étude est d'explorer et de comprendre comment les infirmières³ vivent la prise en charge d'enfants prématurés au travers des soins de développement.

Cette recherche, entreprise en binôme avec une collègue de classe, est de type qualitatif et s'est élaborée au moyen d'entretiens semi-directifs qui ont permis de répondre à la question centrale de recherche grâce à une analyse descriptive par thèmes. La question centrale de l'étude, qui concerne le ressenti des infirmières à travers la pratique des soins de développement sur des prématurés, a pu être formulée suite à des questionnements concernant le thème du mémoire. Ces interrogations regroupaient les bienfaits et les inconvénients des soins de développement sur les infirmières, les besoins de ces dernières, l'influence de ces soins, la prise en charge infirmière des prématurés avec les soins de développement, etc. Ce sujet, encore peu étudié, a aiguisé notre curiosité car il relève d'une grande importance dans la pratique.

De plus, notre recherche s'est focalisée sur les effets des soins de développement auprès des infirmières de deux hôpitaux de Suisse exclusivement. Ma collègue s'est dirigée vers un service de néonatalogie du canton de Vaud et je me suis orientée pour ma part vers un service de néonatalogie du canton du Valais. Nous avons ainsi sélectionné des services de néonatalogie où des infirmières utilisent les soins de développement dans leur prise en charge des enfants nés prématurément. En effet, le personnel soignant met en place certaines stratégies de ces soins, comme par exemple la diminution de l'intensité du bruit⁴. En outre, ces deux terrains d'enquête sont adaptés au sujet du mémoire car la population choisie, à savoir des infirmières qui prennent en charge des prématurés au travers des soins de développement, se trouve présente dans les deux services de néonatalogie. Cela devrait donc permettre de récolter des informations intéressantes et pertinentes dans le but de répondre à la question de recherche.

² Ces soins spécifiques seront abordés plus en profondeur dans la suite du travail sous le concept « Soins de développement » et y apparaissent parfois sous l'abréviation « SD ».

³ Afin de faciliter la lecture de ce travail, il est sous-entendu qu'il s'agit d'infirmiers et d'infirmières lorsque j'utilise le genre féminin. De plus, les termes « soignantes » et « participantes » font référence aux infirmières tout au long du travail.

⁴ Dans la partie du cadre conceptuel de ce travail, sous le point « Soins de développement », je parlerai plus en profondeur des stratégies de soins utilisées par la population de l'étude.

1.2 Présentation du sujet :

De nos jours, les services de néonatalogie accueillent régulièrement des bébés prématurés, à savoir des nouveau-nés dont l'âge gestationnel (voir lexique, p. 113) est inférieur à 37 semaines, la durée normale d'une grossesse correspondant à 40 semaines de gestation. Ces services se trouvent tous les jours confrontés à des bébés fragiles qui requièrent une attention et des soins constants. En effet, grâce à l'avancement des progrès scientifiques, de nombreux enfants naissant avant terme et de plus en plus tôt dans leur développement fœtal parviennent à survivre. Cependant, si la mortalité des nouveau-nés prématurés est considérablement diminuée, les risques de complications dus à l'immatunité toujours plus grande sont quant à eux augmentés. Selon le degré de prématurité, les conséquences peuvent s'avérer lourdes (immatunité organique, handicaps, etc.). Plus l'âge gestationnel est bas, plus le bébé sera en immaturité et plus il aura un risque de développer des complications. Les immaturités neurologiques et pulmonaires font partie des complications les plus fréquentes et rendent la prise en charge délicate. L'équipe soignante s'engage dès lors à prévenir tout risque et à aider le bébé à se développer de la façon la plus optimale possible.

Dans cette optique se sont répandus, en parallèle des moyens médicamenteux et des autres traitements, les soins de développement qui permettent à l'enfant d'évoluer de la façon la plus harmonieuse possible en respectant son rythme. Les réactions du nouveau-né, qui contribuent à relever des indicateurs concernant l'état de l'enfant (stress, bien-être, etc.), sont importantes dans l'application des soins de développement. Ces derniers s'inspirent à la base de Als Heidelise⁵, dans la continuité des travaux du Docteur T. Berry Brazelton⁶ qui fut un pionnier dans la reconnaissance des capacités des nouveau-nés. Celui-ci s'est intéressé aux réactions du nouveau-né sur les plans physiologiques et comportementaux. À sa suite, Als Heidelise focalisa ses réflexions sur les capacités des nouveau-nés prématurés et élaborà à Boston en 1982 la théorie synactive⁷ du développement qui définit les sous-systèmes (autonome, moteur,

⁵ Docteur psychologue spécialisée en neuro-développement. Elle a élaboré la théorie synactive du développement en 1982 à Boston.

⁶ Professeur de pédiatrie de renommée qui mit au point une échelle d'évaluation du nouveau-né nommée NBAS (Neonatal Behavioral Assessment Scale). Pour plus d'informations sur cette échelle, voir le site Internet : www.brazelton-institute.com/intro.html ou <http://www.brazelton.ch/spip.php?rubrique26> ou encore l'ouvrage suivant au chapitre 2 : BERRY BRAZELTON, T-B, NUGENT, J-K. *Echelle de Brazelton : Evaluation du comportement néonatal*. Médecine & Hygiène, 3^{ème} édition : France (Paris), 2001. 185 pages. ISBN : 2-88049-153-3.

⁷ Selon la théorie synactive de Als Heidelise, ces sous-systèmes sont au nombre de cinq. Le sous-système autonome représente les fonctions vitales physiologiques ; le sous-système moteur comprend les mouvements du corps ; le sous-système des états de veille-sommeil représente les états de conscience du nouveau-né (sommeil profond, sommeil léger, somnolence, éveil alerte, éveil avec des mouvements actifs, pleurs) ; le sous-système de l'attention-interaction représente la capacité de l'enfant à être attentif et à interagir avec son environnement ; et enfin le sous-système de l'autorégulation permet à tous les autres sous-systèmes de trouver un équilibre face à des stimulations négatives. Pour plus d'informations, se référer au chapitre 3 du livre suivant: MARTEL, M-J., MILETTE, I. *Les soins du développement : des soins sur mesure pour le nouveau-né malade ou prématuré*. Editions du CHU Sainte-Justine : Montréal (Québec), 2006. 194 pages. ISBN : 2-89619-039-2.

états de veille/sommeil, attention/interaction et autorégulation) apparaissant durant la période fœtale. Elle explique que « ces indicateurs permettent aux professionnels de la santé et aux parents de comprendre où le nouveau-né déploie ses énergies afin de conserver une certaine organisation »⁸. Sur la base des réflexions de Als Heidelise, les soins de développement ont émergé aux Etats-Unis, puis se sont développés ailleurs en Europe dans les années 90. A ce moment, il y eut une meilleure approche de la douleur, un travail sur les postures ainsi qu'une réflexion sur l'intérêt de l'allaitement. La diffusion des soins de développement commença donc à cette période et se répandit ensuite⁹.

Depuis l'apparition des soins de développement, la littérature explore les effets de ces derniers sur les nouveau-nés et les parents, mais peu d'écrits concernent les effets des soins de développement sur les professionnels du terrain. Ce constat peut surprendre car l'implantation de ces soins se fait essentiellement par l'intermédiaire des infirmières et il convient donc de les citer et de relever leur travail actif auprès des prématurés. Cette constatation impliqua donc un questionnement sur le vécu des infirmières utilisant ces soins.

Les questions suivantes ont pu alors se poser :

- Quel est le vécu de l'infirmière face aux soins de développement ?
- Quel est l'impact, quels sont les effets sur elle ?

Ensuite, après maintes reformulations, j'ai pu énoncer, avec ma collègue, la question de départ de notre recherche :

- Quel est l'impact de la prise en charge des nouveau-nés prématurés sur les infirmières travaillant en néonatalogie, au travers des soins de développement ?

1.3 Motivations personnelles :

Le choix de ce sujet de mémoire est né d'une part du fait que le monde de la prématurité m'a toujours intéressée car je suis née prématurément à 32 semaines et d'autre part de mon expérience en tant que stagiaire dans un service de néonatalogie du canton de Vaud.

Premièrement, durant ce stage, j'ai pu constater que l'environnement influençait beaucoup le bien-être du nouveau-né. En effet, j'ai pu remarquer que certaines stimulations externes comme le bruit et la lumière pouvaient augmenter considérablement le stress chez un prématuré. Ces observations m'ont amenée à me questionner sur l'existence d'une prise en charge qui soit davantage centrée sur le bien-être de l'enfant. J'ai donc essayé de me renseigner auprès

⁸ MARTEL, M-J., MILETTE, I. *Les soins du développement : des soins sur mesure pour le nouveau-né malade ou prématuré*. Editions du CHU Sainte-Justine : Montréal (Québec), 2006, p. 55. ISBN : 2-89619-039-2.

⁹ Aux dires de Jacques Sizun, médecin travaillant à l'unité de réanimation pédiatrique de Brest, dans une réponse à un e-mail envoyé le 11.04.2009.

des infirmières travaillant avec moi durant mon stage et l'une d'entre-elles m'a parlé des soins de développement. Il s'agit d'une méthode de soins qui impliquent une prise en charge centrée sur le bien-être du nouveau-né prématuré et sur son développement futur. L'intérêt de cette approche tant au niveau humain que scientifique m'a été rapporté plus tard par un ami qui effectuait un stage en néonatalogie.

Deuxièmement, l'individualisation de ces soins tend à aller dans le sens de mes valeurs, à savoir que la prise en charge des nouveau-nés prématurés au travers des soins de développement est humaine, tente de respecter les besoins de chaque enfant et contribue à une meilleure qualité des soins, à mon sens. Par ailleurs, ces soins intègrent les parents dans la prise en charge de l'enfant prématuré. Je trouve cette notion très importante car elle favorise non seulement le bien-être et la sécurité du nouveau-né prématuré, mais également l'intégration des parents dans les soins de leur enfant ainsi que dans leur rôle de mère et de père. En définitive, tous ces éléments ont fait que j'ai voulu faire des recherches sur les soins de développement, soins qui permettent d'individualiser la prise en charge et d'apporter bien-être au prématuré.

1.4 Motivations professionnelles, économiques et politiques :

Les infirmières jouent un rôle primordial dans le développement harmonieux du prématuré au travers des soins de développement. Elles doivent centrer tous les soins sur l'enfant en respectant et en améliorant l'environnement autour de celui-ci. Par ailleurs, c'est elles qui sont à même de répondre aux besoins de l'enfant prématuré et ainsi de lui garantir un développement optimal. C'est pourquoi je suis curieuse de savoir ce que ces soins impliquent pour les infirmières, ce qu'elles ressentent à travers ces derniers. La question de départ énoncée plus haut dans mon travail va me permettre de répondre à ces questions et ainsi, comprendre ce qui résulte de l'utilisation des soins de développement pour les infirmières. En définitive, rapporter ainsi l'expérience humaine vécue par les soignantes permettra de voir l'implication et l'évolution professionnelle vis-à-vis de ces soins.

Au niveau économique, je pense que les soins de développement sont un point positif car ils permettent la réduction des complications durant l'hospitalisation d'enfants prématurés dans un service de néonatalogie, mais aussi dans leur développement futur à la maison. Donc, comme ils réduisent les complications durant le séjour à l'hôpital, les enfants prématurés et leurs parents, peuvent rentrer plus rapidement chez eux et ainsi réduire les frais inhérents à la durée d'hospitalisation. Quant aux complications futures au niveau de leur développement, elles aussi diminuent et donc leurs frais avec !

D'un point de vue politique, cette méthode de soins contribue à mon sens à l'amélioration du système socio-sanitaire. En effet, la prise en charge à travers ces soins améliore la qualité de vie des enfants nés prématurément et prend en considération l'importance des effets de ces soins sur le développement de l'enfant. En outre, la recherche fait prendre conscience de l'importance et des

effets bénéfiques de ces soins sur le prématuré et ainsi contribue à promouvoir et à appliquer plus strictement ce genre de prise en charge.

1.5 Compétences :

L'élaboration de ce travail s'inscrit dans le processus d'apprentissage de la profession infirmière. Ainsi, ce dernier me permet de développer plusieurs compétences décrites dans le « Référentiel des Compétences de la filière infirmière »¹⁰.

Je vais développer ci-dessous les quelques compétences pertinentes relatives à mon sujet de mémoire de fin d'études, à savoir :

- Contribuer à la recherche en soins et en santé
- Participer aux démarches de qualité
- Exercer ma profession de manière responsable et autonome

1.5.1 Contribuer à la recherche en soins et en santé :

La recherche que je vais mener constitue certes ma première étude, mais celle-ci implique non seulement l'obtention de mon diplôme Bachelor en soins infirmiers, mais aussi le développement d'un savoir-faire propre à la réalisation d'une recherche. Il s'agit de dresser une revue de la littérature (sur la prématurité, les soins de développement et les effets de ces soins sur le vécu des infirmières) en explorant des aspects théoriques au moyen de diverses sources comme par exemple Internet, les livres, les revues scientifiques, etc. ; de penser à une question de recherche et d'en vérifier la pertinence en contactant des professionnels du terrain pour m'orienter dans le démarrage de ma recherche ; d'élaborer un outil d'investigation de qualité en adéquation avec ma question de départ ; de me référer à une méthodologie qui me permette d'évaluer les effets des soins de développement sur le vécu des infirmières ; d'effectuer un recueil de données auprès d'infirmières en néonatalogie et de l'analyser ; enfin, de répondre à ma question de départ en discutant des résultats de ma recherche de manière critique.

Cherchant à cerner une expérience vécue, j'ai opté pour un outil tiré de la méthode qualitative : l'entretien semi-directif. La direction d'entretiens implique l'acquisition de compétences comme le non-jugement, l'accueil de la parole d'autrui, la recherche de participants, etc. Par ailleurs, interroger des personnes sur leur pratique nécessite de prendre en compte les principes éthiques. La réalisation de mon travail suppose également l'utilisation de connaissances scientifiques (prématurité, soins de développement, etc.), dans le but de garantir la fiabilité ainsi que la pertinence de mon travail. Ma tâche consistera aussi à synthétiser les résultats de ma recherche tout en y apportant un regard critique,

¹⁰ Le « Référentiel des Compétences de 3^{ème} année » se trouve en annexe 1.

avec pour objectif de peut-être contribuer à la poursuite de la recherche dans le domaine des soins de développement. Ainsi, je vais participer au déploiement des pratiques infirmières avec l'utilisation récente de ces soins en néonatalogie et à l'établissement du savoir infirmier sur l'utilisation de cette méthode. Enfin, ce mémoire de fin d'études encouragera peut-être d'autres chercheurs à investiguer et à continuer les recherches sur le sujet.

1.5.2 Participer aux démarches de qualité :

En effectuant un travail sur le ressenti des infirmières par rapport aux soins de développement, je contribue, à mon sens, à développer la qualité des soins. En effet, en prenant en considération le vécu des infirmières et en mettant en avant leurs besoins, difficultés et améliorations de leurs conditions de travail, je contribue à mesurer leur degré de satisfaction. Je pourrai ainsi proposer des pistes de réflexion sur l'utilisation des soins de développement à partir du vécu des infirmières et, par la suite, réfléchir à des améliorations afin d'augmenter la satisfaction des infirmières. Le sujet que je traite mettra également en avant des exemples d'obstacles ou de facilités dans l'implantation de ces soins en milieu hospitalier. Subséquemment, ma recherche montrera si l'implantation des soins de développement dans les services de néonatalogie étudiés est efficace ou si elle nécessite des améliorations ou des changements. Enfin, la réalisation de mon mémoire, en binôme avec ma collègue de promotion, me permettra d'avoir un regard sur les enjeux d'intégration des soins de développement dans deux milieux hospitaliers différents.

1.5.3 Exercer ma profession de manière responsable et autonome :

La réalisation de cette recherche me permettra d'acquérir les connaissances nécessaires afin d'exercer ma profession de manière autonome et responsable. En effet, je vais pouvoir identifier les enjeux du système socio-sanitaire dans ma profession par rapport aux soins de développement car mon sujet d'étude engage non seulement la visibilité de l'implication des soins de développement auprès des infirmières dans leur prise en charge quotidienne des prématurés, mais également la visibilité de l'expérience humaine de ces infirmières. De plus, ce travail pourrait contribuer modestement à l'amélioration du système socio-sanitaire car le contentement des infirmières, l'attention portée à leur égard et la prise en considération de leur vécu pourraient amener à une pratique professionnelle de qualité qui tienne compte de la satisfaction du personnel.

Cette recherche impliquera que je fasse preuve de responsabilité et d'autonomie afin de mener à bien mon mémoire de fin d'études (respect des aspects éthiques, des délais de réalisation, etc.). Ce dernier me donnera également l'opportunité de prendre des initiatives et d'assumer mes choix par rapport à la réalisation de la recherche (type d'analyse, outil d'investigation, etc.). Pour finir, je prendrai soin d'intégrer mon auto-évaluation ainsi que les évaluations des professionnels de la santé tout au long de mon travail. Je pourrai ainsi me

positionner de manière critique quant à l'utilisation des soins de développement en néonatalogie par les infirmières ainsi que dans ma propre pratique professionnelle.

1.6 Objectifs d'apprentissage :

- Définir et expliquer les différents concepts en lien avec le sujet de mémoire.
- Expérimenter l'élaboration ainsi que l'application d'entretiens semi-directifs avec des infirmières de néonatalogie, tout en respectant les principes éthiques inhérents à cette démarche.
- Analyser le contenu des entretiens semi-directifs et y examiner les éléments importants, c'est-à-dire susceptibles de fournir un éclairage sur le vécu infirmier.
- Comparer les données recueillies des différents entretiens effectués, dans le but de mettre en place une synthèse regroupant les éléments similaires et différents des infirmières interrogées dans l'échantillon et ensuite d'élaborer un tableau comparatif des éléments recueillis entre les deux terrains de recherche.
- Evaluer les résultats de la recherche et discuter de ses implications pour la recherche et la pratique de manière critique.

2. Problématique¹¹

Les nouveau-nés prématurés pris en charge dans les unités néonatales subissent de nombreuses agressions qui influencent négativement leur développement. Ils passent d'un milieu utérin où ils étaient au chaud et protégés de la lumière à un milieu très bruyant, froid et éblouissant. L'environnement agressif auquel ils sont exposés peut donc induire des effets néfastes sur eux. Par exemple, des stimulations sonores trop élevées ou encore certaines manipulations tactiles provoquent des apnées (voir lexique) ou de la bradycardie (voir lexique). Les soins douloureux entraînent ou aggravent les lésions cérébrales et le positionnement sur un plan dur favorise l'hypertonie (voir lexique) de certains muscles. Cet environnement agressif nécessite donc de la part de l'équipe soignante une prise en charge de l'inconfort des prématurés en termes de douleur ou/et de stress¹².

L'utilisation des soins de développement a prouvé son efficacité quant aux bénéfices retirés pour l'enfant et sa famille¹³. En effet, cette prise en charge du prématuré tient compte des besoins de l'enfant (environnement calme sans surstimulations sensorielles, présence active des parents, stratégies diverses pour diminuer le stress de l'enfant) et lui permet un meilleur développement sur le plan physique et psychologique. Il est démontré que les effets de ces soins permettent de diminuer la durée d'hospitalisation, le nombre de jours avec ventilateur et besoin en oxygène, le nombre de jours d'alimentation par gavage, de réduire le risque de complications médicales et d'améliorer « des comportements sur le plan neurologique et comportemental »¹⁴.

Les équipes soignantes ont donc commencé à utiliser des techniques permettant de réduire le stress de l'enfant par des méthodes non-invasives comme la succion non nutritive, la méthode kangourou¹⁵, la baisse du niveau sonore et lumineux, etc. Ces soins consistent en des stratégies qui permettent un développement harmonieux du bébé prématuré dans toutes ses composantes (physiques, psychiques, comportementales, relationnelles et psychologiques). Ils sont adaptés à chaque enfant et mettent l'accent sur une évaluation des comportements du bébé. Ils favorisent également un environnement qui implique moins de stress chez l'enfant et sa famille par des interventions basées sur une diminution des surstimulations sensorielles (sens du toucher, mouvement, odorat, goût, ouïe, vision, positionnement physiologique).

¹¹ MARTEL, M.-J., MILETTE, I. *Les soins du développement : des soins sur mesure pour le nouveau-né malade ou prématuré*. Editions du CHU Sainte-Justine : Montréal (Québec), 2006, 194 pages. ISBN : 2-89619-039-2.

¹² Ibid.

¹³ Le terme « famille » désigne dans ce travail la famille proche du bébé prématuré et fait donc référence aux parents essentiellement.

¹⁴ MARTEL, M.-J., MILETTE, I. *Les soins du développement : des soins sur mesure pour le nouveau-né malade ou prématuré*. Editions du CHU Sainte-Justine : Montréal (Québec), 2006, p.124-125. ISBN : 2-89619-039-2.

¹⁵ Ce soin particulier est défini plus loin dans le concept « Soins de développement » au point 3.2.

Les professionnels en ligne de mire dans l'application de ces soins sont essentiellement les infirmières. Effectivement, ces dernières s'occupent quotidiennement des nouveau-nés prématurés et sont les plus aptes à constater l'effet de ces soins sur leur développement. De plus, la tâche des infirmières consiste en un bon exercice des pratiques mises en place et à une adaptation de leur travail face aux aspects de cette prise en charge (regroupement des soins, présence des parents, rythme de l'enfant à respecter, etc.). Cela nécessite une bonne connaissance de la prise en charge, de la flexibilité, ainsi que de la disponibilité pour les familles concernées.

Les lectures que j'ai faites avec ma collègue se centrent davantage sur les effets positifs des soins de développement sur les prématurés et les parents que sur les infirmières¹⁶. Cette constatation surprenante pour ma collègue et moi-même nous a donc orientées vers le vécu des soignantes, afin de connaître leur ressenti, de déterminer leur degré de satisfaction et d'évaluer l'impact des soins de développement sur elles.

2.1 Question centrale de la recherche :

Savoir quels sont les effets des soins de développement sur les infirmières nous a paru pertinent et important pour l'avenir de la profession dans le domaine des soins de développement. Notre question de recherche est donc la suivante :

- Quel est le vécu professionnel de l'infirmière face à l'utilisation des soins de développement en néonatalogie, dans la prise en charge des nouveau-nés prématurés ?

2.2 Entretien exploratoire :

Afin de mieux préciser cette question sous forme d'hypothèses de recherche et de compléter les pistes de travail suggérées par les différentes lectures portant sur les soins de développement, ma collègue et moi-même avons conduit, avant les entretiens principaux, un entretien exploratoire¹⁷, chacune dans son milieu d'étude auprès d'une personne ressource.

Cet entretien avait pour but de nous faire une idée plus précise de l'utilisation des soins de développement dans les deux hôpitaux de recherche, du matériel utilisé, de l'organisation du service ainsi que des différents acteurs (médecins, physiothérapeutes, ergothérapeutes, psychologues, etc.) gravitant autour de la mise en place de ces soins. Les éléments-clés ressortis de cet entretien ont été intégrés tout au long du travail.

¹⁶ Les avantages des soins de développement sur les parents, sur les enfants et sur les infirmières seront repris dans la suite du travail, à savoir dans le point 3.2 « Soins de développement ».

¹⁷ Le document contenant les questions posées lors de l'entretien exploratoire se trouve en annexe 2.

3. Cadre conceptuel

Le contenu de cette partie s'est fait en regard de la question centrale de recherche, à savoir « quel est le vécu professionnel de l'infirmière face à l'utilisation des soins de développement en néonatalogie, dans la prise en charge des nouveau-nés prématurés ? ».

Tout d'abord, les concepts identifiés concernent la « prématurité » puis les « soins de développement ». Le concept « prématurité » doit être défini car la recherche se centre exclusivement sur les enfants prématurés et non pas sur les nouveau-nés (à terme) malades qui peuvent également bénéficier de la prise en charge au travers des soins de développement. Il faut également traiter du concept « soins de développement » afin d'être au clair sur l'implication de cette prise en charge dans un service de néonatalogie. De plus, cette philosophie de soins relative au monde de la néonatalogie peut être mise en application d'une manière spécifique dans la pratique. C'est ce qu'on appelle le NIDCAP¹⁸, soit une application spécifique des soins de développement. C'est pourquoi ce dernier sera brièvement abordé dans le concept « soins de développement ». Cependant, il ne sera pas traité dans la suite de notre travail car les deux terrains d'enquête étudiés n'appliquent pas ce programme. Enfin, le concept « prise en charge infirmière en néonatalogie » auprès des prématurés sera également défini car cet aspect est déterminant pour une meilleure compréhension du rôle infirmier en néonatalogie au travers des soins de développement.

Les concepts en rapport avec le sujet du mémoire sont donc les suivants :

- La prématurité (définitions, complications, comportements, etc.)
- Les soins de développement (définitions, buts, NIDCAP, etc.)
- La prise en charge infirmière en néonatalogie (historique, évolution en néonatalogie et rôles infirmier)

¹⁸ Ce terme correspond au « Programme Néonatal Individualisé d'Evaluation et de Soins de Développement ».

3.1 Prématurité :

3.1.1 Définitions :

Le terme « prématuré » provient du latin *proematurus* qui signifie « qui arrive avant le temps »¹⁹. Le bébé prématuré est donc « un enfant dont la naissance survient entre 22 et 37 semaines d'aménorrhées (voir lexique) révolues »²⁰, la durée gestationnelle étant de 40 semaines pour un nouveau-né à terme. Il existe plusieurs sortes de prématurité selon un document élaboré par la personne ressource du canton du Valais et s'inspirant de l'OMS (Organisation Mondiale de la Santé) :

- « La prématurité : Le bébé naît entre 32 et 37 semaines d'âge gestationnel ».
- « La grande prématurité : Le bébé a un âge gestationnel variant entre 28 et 32 semaines ».
- « La très grande prématurité ou prématurité extrême : Le bébé naît avant 28 semaines mais il a au moins 22 semaines, quel que soit son poids, mais il doit peser au moins 500 grammes ».

L'hôpital vaudois s'inspire également de la définition de l'OMS : « Selon les normes internationales et selon l'OMS en particulier, on définit la prématurité comme une naissance intervenant à moins de 37 semaines révolues (259 jours) après le 1^{er} jour des dernières règles. Cet âge gestationnel demeure cependant indéterminable dans certaines circonstances. Il doit donc être interprété. C'est pourquoi le poids de naissance inférieur à 2' 500 grammes comporte des prématurés et des enfants nés à terme avec un petit poids de naissance. Les deux facteurs, poids de naissance et âge gestationnel, sont ainsi souvent nécessaires pour permettre l'évocation d'une prématurité.

- Enfants nés à terme : entre 37 et 42 semaines de gestation
- Enfants nés prématurément : < 37 semaines (poids naissance < 2' 500 grammes)
- Enfants nés postmatures²¹ : gestation > 42 semaines ; ou ayant connu un retard de croissance intra-utérin »²².

¹⁹ DELAMARE, J. *Dictionnaire illustré des termes de médecine*, Maloine. 28^{ème} Edition : Paris, 2004, p. 708. ISBN : 2-224-02784-2.

²⁰ Ibid.

²¹ Ce terme correspond à un bébé dont la mère a eu une grossesse prolongée.

²² DALLA PIAZZA, S. *L'enfant prématuré*. De Boeck Université : France, Bruxelles, 1997, p. 13. ISBN : 2-8041-2596-3.

Selon l'état des bébés prématurés et leur degré de prématurité, les services de néonatalogie peuvent se diviser en plusieurs secteurs, comme l'hôpital vaudois. Afin de mieux comprendre la structure de ce dernier, il est important d'expliquer l'organisation présente au sein de la néonatalogie. Selon la personne ressource du canton de Vaud, le secteur A comprend des enfants d'une prématurité extrême (24 à 28 semaines d'âge gestationnel). Il correspond à la phase de « soins aigus » et les bébés sont intubés. Le secteur B accueille des prématurés entre 28 à 32 semaines d'âge gestationnel, il est appelé « soins intermédiaires » et indique la phase où les prématurés sont amenés après avoir été extubés. Enfin, il y a le secteur des « soins standards » avec des prématurés de 32 à 37 semaines d'âge gestationnel qui ont déjà des ressources et plus d'autonomie. Ce secteur constitue la phase de préparation avant le retour à domicile. Quant à l'hôpital du canton du Valais, il peut accueillir cinq nouveau-nés prématurés. La tranche d'âge des enfants hospitalisés se situe généralement au-dessus de 32 semaines. En effet, il existe une convention entre ce service et le service de néonatalogie du canton de Vaud qui écrit que tout prématuré avant 32 semaines de gestation doit être transféré dans le canton de Vaud. Le service de néonatalogie du canton du Valais tente donc toujours de transférer les mères devant accoucher prématurément. Cependant, certaines fois, il est trop tard et l'enfant se trouve donc acheminé par la suite. Par contre, une fois que ce dernier est stable, il est amené à nouveau en Valais. Enfin, il faut savoir que les nouveau-nés prématurés qui ont été transférés dans le service du canton de Vaud reviennent parfois assez rapidement dans le canton du Valais.

« La Suisse affiche un des taux de prématurité les plus élevés en Europe »²³. Elle arrive en deuxième position derrière l'Autriche. Selon l'Office fédéral de la statistique, 9% des bébés naissent avant terme²⁴. Deux facteurs sont concernés : la moyenne d'âge des mères augmente et les naissances multiples s'élèvent en raison des procréations assistées²⁵. Par ailleurs, on peut également ajouter le fait que les femmes sont plus stressées, en raison de leur rythme de vie actuel (travail, vie de famille, etc.). Cependant, la prématurité n'est pas forcément plus élevée qu'auparavant, malgré les progrès médicaux permettant de sauver des prématurés de plus en plus jeunes à l'heure actuelle. Ce chiffre surprenant (9% de prématurés en Suisse) mérite une attention particulière en raison des complications imputables au jeune âge des nouveau-nés. En effet, 50 % des morts néonatales sont dues à la prématurité, ce qui reste problématique. Selon la personne ressource du canton du Valais, les causes de décès sont variables, mais concernent essentiellement la détresse respiratoire, les hémorragies cérébrales et les infections.

²³ La Suisse compte un prématuré pour dix naissances. In : *Swiss info : L'actualité suisse dans le monde* [en ligne]. Juillet 2007, p. 1. Adresse URL : <http://www.swissinfo.ch/fre/archive.html?siteSect=883&sid=7983724&ty=st>

²⁴ Ibid.

²⁵ Ibid.

3.1.2 Causes de la prématurité :

La personne ressource du canton du Valais distingue trois grands groupes de causes de prématurité :

1. Les causes maternelles (anomalies utérines, infections, abus de drogues et facteurs favorisants tels que multiparité, travail ou trajet pénibles, etc.).
2. Les causes ovulaires (grossesses multiples, infection intra-utérine, rupture prématurée des membranes, hydramnios ou oligamnios (voir lexique)).
3. Les décisions médicales : sauvetage maternel (pathologie vasculaire telle que la gestose (voir lexique), accidents hémorragiques, diabète maternel) et souffrance fœtale.

3.1.3 Principales complications ou pathologies liées à la prématurité²⁶ :

Les principales complications rencontrées chez les prématurés sont l'hypothermie, les détresses respiratoires néonatales et les complications neurologiques.

L'hypothermie représente une priorité dans les soins aux prématurés car ces derniers perdent beaucoup de chaleur en raison de leur petit poids et de leur petite taille. Cette perte de chaleur provoque une hypoglycémie (voir lexique) ainsi qu'une augmentation de la consommation en oxygène. Ces deux éléments peuvent donc entraîner chez le prématuré des lésions cérébrales. En effet, le glucose constitue la principale source énergétique du cerveau et une carence en sucre entraîne, de ce fait, des perturbations cérébrales pouvant aller jusqu'à des lésions.

Les détresses respiratoires néonatales (DRS) désignent des affections respiratoires très fréquentes et souvent les plus graves chez le prématuré. Elles se composent de divers problèmes, tels que le retard de résorption du liquide pulmonaire, la maladie des membranes hyalines, la broncho-aspiration du liquide amniotique et les apnées. Le retard de résorption du liquide pulmonaire se caractérise par un retard dans l'élimination du liquide pulmonaire fœtal. La maladie des membranes hyalines, quant à elle, se définit par un manque de surfactant (voir lexique) dans les poumons du prématuré causé par l'immaturité pulmonaire et provoquant une détresse respiratoire. La broncho-aspiration du liquide amniotique se produit lorsque le nouveau-né, pendant son expulsion hors de la matrice utérine, inspire trop tôt, ce qui a pour conséquence une broncho-aspiration du liquide amniotique dans les poumons. Pour finir, les apnées, qui se caractérisent par un arrêt plus ou moins long de la respiration, surviennent suite à l'immaturité des centres respiratoires du prématuré. Quant aux complications neurologiques, il s'agit de problèmes d'hémorragie intra-crânienne (voir lexique) et de leucomalacie (voir lexique). Enfin, en plus des principales pathologies et complications décrites ci-dessus, le nouveau-né prématuré peut développer

²⁶ Selon un document élaboré par la personne ressource de l'hôpital valaisan.

certaines complications, telles que des problèmes digestifs (reflux gastro-oesophagien (voir lexique), ballonnement abdominal, etc.), des problèmes hépatiques (ictère du nouveau-né (voir lexique) par exemple), des problèmes infectieux ou encore des problèmes métaboliques (comme l'hypoglycémie).

Il est donc nécessaire de prendre en charge correctement les prématurés afin d'améliorer leurs chances de survie et de les aider à poursuivre un développement harmonieux.

3.1.4 Comportements du nouveau-né prématuré²⁷ :

Selon Als Heidelise, le nouveau-né communique au travers de son corps²⁸. Il réagit de manière spécifique aux différentes stimulations qu'il perçoit dans son environnement. En effet, « toute stimulation inadaptée, en qualité ou en intensité, entraîne des réactions de défense, de retrait et de fermeture, qui sont considérées comme des signes de stress. A l'inverse, une stimulation adaptée aux réelles compétences du nouveau-né entraîne une réaction positive et une ouverture considérées comme des signes d'adaptation »²⁹. Selon la personne ressource du canton de Vaud, les gestes et les attitudes de l'infirmière sont primordiaux pour diminuer le stress de l'enfant : « *les sensations, on doit les lui donner, mais il faut qu'on les lui donne le moins agressif possible. [...] En fin de compte, ils ne sont plus en état de stress et ils sont bien. Ils ont un visage détendu, ils peuvent se soucier de toi, ils peuvent parfois chercher quelque chose du regard, [...]* ». Le niveau de maturité du bébé joue aussi un grand rôle dans l'organisation de celui-ci. « Ainsi, un nouveau-né à terme, s'il ne vit pas de situations accablantes, a généralement une bonne organisation de ses sous-systèmes et un état de vigilance alerte et soutenu. A l'inverse, les comportements du nouveau-né prématuré ou à terme, mais jugé dans un état critique, peuvent grandement différer dans son habileté à régulariser le fonctionnement de ses sous-systèmes. On observe alors des signes de stress qui reflètent la fragilité de son système nerveux sensoriel, ainsi que sa difficulté à capter les renseignements venant de l'environnement et d'y répondre »³⁰.

Dans le cas de bébés prématurés, c'est essentiellement l'environnement extérieur qui influencera les capacités d'adaptation de ce dernier. Als et Freschi mettent en évidence des études faites auprès du prématuré qui montrent que ce dernier est sujet à « une désorganisation de sa capacité attentionnelle et à des difficultés d'autorégulation [...]. Ces difficultés nécessitent une structuration régulatrice de la part de l'environnement et des personnes qui s'occupent de

²⁷ MARTEL, M.-J., MILETTE, I. *Les soins du développement : des soins sur mesure pour le nouveau-né malade ou prématuré*. Editions du CHU Sainte-Justine : Montréal (Québec), 2006. 194 pages. ISBN : 2-89619-039-2.

²⁸ ALS, H., 1996. *Earliest intervention for preterm infants in the Newborn Intensive Care Unit*. Citée par ibid.

²⁹ Ibid, p. 59.

³⁰ Ibid, p. 60.

l'enfant »³¹. Par exemple, si le bébé prématuré subit des stimulations excessives ou inappropriées, il pourra démontrer des signes de stress se traduisant par une fonction cardiaque instable, un changement de la couleur de peau, une hypertonicité des membres, des cris et des pleurs, un sommeil agité, un bas niveau d'attention, des changements de posture, etc³². Les personnes ressources des deux cantons ajoutent à cela l'hyperextension des membres, indicateur de stress important. Selon la personne ressource du canton de Vaud, il faudrait agir en anticipant ces réactions de stress et en maintenant une posture de flexion et d'enroulement chez le prématuré. A l'inverse, pour un bébé à terme ou un prématuré subissant des stimulations adéquates à son niveau de développement, des signes d'adaptation apparaîtront tels que des respirations douces et régulières, une coloration rosée, un rythme cardiaque stable, des mouvements corporels doux et harmonieux, des états de sommeil et de veille bien définis, des réponses claires aux stimulations visuelles, une succion, etc³³.

En Valais, il ressort que les soins de développement mis en pratique dans le service s'appliquent exclusivement aux prématurés. En effet, le critère principal de la prise en charge avec ces soins dans le service dépend de l'âge gestationnel de l'enfant. « *A partir de 37 semaines, le bébé n'aime plus être enfermé, enfin, installé avec des coussins de positionnement. Il a un autre éveil* »³⁴. A l'inverse, l'objectif principal des soins de développement auprès des prématurés « *est de recréer autour de l'enfant une ambiance intra-utérine afin de respecter au mieux son développement* »³⁵.

Selon la personne ressource du canton de Vaud, les soins de développement doivent être appliqués « [...] pour les nouveau-nés à terme, [...] pour tout enfant qui a de gros problèmes d'oxygénation comme des hypertensions pulmonaires, [...] pour tout enfant malade, pour les prématurés et tout enfant immature ». En outre, ils sont utilisés dans toute l'unité de néonatalogie, mais la majeure partie des enfants hospitalisés implique des prématurés.

Ainsi, suite aux entretiens exploratoires effectués auprès des deux hôpitaux romands, ma collègue et moi avons axé nos recherches sur les prématurés car l'application des soins de développement concerne en majorité cette population.

³¹ ALS, H., FRESCHI, M. Identification clinique du stress chez le nouveau-né : applications aux soins. *Revue médicale suisse* [en ligne]. N° 2379, p. 1. Adresse URL : <http://titan.medhyg.ch/mh/formation/print.php3?sid=21952>

³² Pour en savoir plus sur les signes démontrant du stress chez des prématurés souffrants, consulter le livre suivant au chapitre 6 : LOUIS, S. *Le grand livre du prématuré : du choc de la naissance à l'arrivée du bébé à la maison*. Editions de l'Hôpital Sainte-Justine : Québec, 2001. 364 pages. ISBN : 2-922770-31-1.

³³ MARTEL, M-J., MILETTE, I. *Les soins du développement : des soins sur mesure pour le nouveau-né malade ou prématuré*. Editions du CHU Sainte-Justine : Montréal (Québec), 2006. 194 pages. ISBN : 2-89619-039-2.

³⁴ Propos ressorti de l'entretien exploratoire de la responsable de formation de pédiatrie et de néonatalogie de l'hôpital du canton du Valais.

³⁵ Ibid.

3.2 Soins de développement :

3.2.1 Définitions et buts des soins de développement :

Depuis plusieurs années, de nombreux services de néonatalogie adoptent le concept des soins de développement pour la prise en charge des nouveau-nés prématurés. En plus de nos deux terrains de recherche, ma collègue et moi avons recensé d'autres services de néonatalogie de Suisse utilisant les soins de développement dans la prise en charge des prématurés³⁶. Nous avons constaté que la majorité des hôpitaux avaient connaissance des soins de développement et les utilisaient en néonatalogie³⁷. Ces soins évoluant avec le temps, plusieurs définitions et buts seront cités et développés dans ce chapitre. Nous nous attarderons ensuite sur l'environnement présent dans une unité néonatale ainsi que sur certaines techniques de soins de développement, afin que l'on comprenne davantage le fonctionnement de cette prise en charge, puis les notions de soins de développement seront clarifiées et nous justifierons ce choix en tant qu'orientation de notre recherche plutôt que le NIDCAP. Enfin, les avantages liés aux soins de développement seront mis en avant.

A) Définitions :

Du point de vue de la littérature, Martel et Milette énoncent plusieurs définitions d'auteurs³⁸. Parmi ces dernières, on trouve celle d'Aita et Snider qui établit les soins de développement comme « [...] un processus en constante évolution où les interventions individualisées des professionnels de la santé sont adaptées aux besoins du développement du nouveau-né prématuré »³⁹ et celle de Sizun [et al.] qui les considèrent comme « [...] un ensemble hétérogène d'interventions destinées à réduire le stress du nouveau-né prématuré en unité de soins intensifs néonataux et à favoriser un développement comportemental harmonieux »⁴⁰.

³⁶ Swiss Society of Neonatology : Neonatology units in Switzerland. 1-2. Adresse URL: http://www.neonet.ch/en/01_Society/neo-units.php?navId=6&print=on.

³⁷ La liste des cantons suisses où se trouve un service de néonatalogie est inscrite en annexe 3 avec des indicateurs concernant l'utilisation ou non des soins de développement et les spécificités du service de néonatalogie. Les hôpitaux ont été recensés par canton et les informations récoltées par téléphone au mois de mai 2010. L'obtention de ces données s'est faite auprès d'une infirmière du service qui a répondu à deux questions principales. D'une part, il était question de savoir si les soins de développement étaient connus et utilisés. D'autre part, il a été demandé si un groupe de travail sur les soins de développement existait et si des infirmières étaient spécialisées dans ces soins.

³⁸ MARTEL, M-J., MILETTE, I. *Les soins du développement : des soins sur mesure pour le nouveau-né malade ou prématuré*. Editions du CHU Sainte-Justine : Montréal (Québec), 2006. 194 pages. ISBN : 2-89619-039-2.

³⁹ AITA, M., SNIDER, L., 2003. *The art of developmental care in the NICU : a concept analysis*. Cités par *ibid*, p. 78.

⁴⁰ SIZUN, J. [et al.], 2002. *Evaluation de l'impact médical des soins de développement*. Cités par MARTEL, M-J., MILETTE, I. *Les soins du développement : des soins sur mesure pour le nouveau-né malade ou prématuré*. Editions du CHU Sainte-Justine : Montréal (Québec), 2006, p. 78. ISBN : 2-89619-039-2.

Quant aux terrains de recherche, pour la personne ressource du service de néonatalogie du Valais, les soins de développement regroupent « [...] *tout ce que l'infirmière peut faire pour que le milieu de vie du prématuré dans l'unité néonatale soit amélioré, ceci dans le but de recréer une ambiance intra-utérine en quelque sorte. Une fois ce milieu sécurisant recréé, on peut alors favoriser le développement des compétences de l'enfant et offrir des soins ciblés et adaptés* » ; alors que pour celle du canton de Vaud, les soins de développement impliquent « [...] *de donner des soins à l'enfant par rapport à son développement et en tenant compte de ses ressources* ».

En somme, selon les définitions ressorties de la littérature et des terrains de recherche, les soins de développement peuvent être définis comme un ensemble d'interventions qui visent un développement harmonieux de l'enfant prématuré en réduisant son stress et en améliorant son bien-être. Les définitions données par les personnes ressources des deux cantons contiennent la notion de « ressources de l'enfant », de « compétences » et de « sécurité », alors que les définitions tirées de la littérature insistent plus sur l'individualisation des soins et le développement du bébé. Cependant, chaque définition contient la notion de développement de l'enfant qui est, par conséquent, un élément essentiel dans ce concept de prise en charge. Nous estimons donc, ma collègue et moi, que ces soins favorisent le bon développement de l'enfant et constituent des moyens permettant d'améliorer son bien-être.

Enfin, ces soins ne constituent pas un protocole strict à suivre de façon rigide lors d'une journée de travail, mais plutôt une philosophie ou une approche qui englobe des stratégies de soins que les infirmières, les médecins, les autres professionnels de la santé et les parents devraient appliquer pour le prématuré en fonction de ses besoins, du contexte et de ses réactions comportementales (signes de stress et signes d'adaptation). En effet, un soin peut s'avérer efficace un jour et le lendemain ne plus l'être.

B) Buts généraux des soins de développement⁴¹ :

Les soins de développement ont pour but d'aider et de soutenir chaque nouveau-né prématuré de façon individuelle pour qu'il acquiert des compétences physiques, cognitives et comportementales optimales. Pour cela, les soins doivent être adaptés à l'enfant en fonction de ses forces et de ses faiblesses ou autrement dit en fonction des signes de stress ou d'adaptation qu'il manifeste. Il importe également d'améliorer la capacité de reconnaissance des comportements du prématuré de la part des parents et des professionnels de la santé. Ces derniers utilisent comme guide les manifestations physiologiques et comportementales de l'enfant afin de déterminer les soins à lui prodiguer. Ainsi, les professionnels de la santé, en reconnaissant les capacités d'adaptation ou de désorganisation de l'enfant, peuvent mettre en place des soins en vue d'améliorer ses compétences et sa stabilité. Il est également nécessaire de

⁴¹ MARTEL, M.-J., MILETTE, I. *Les soins du développement : des soins sur mesure pour le nouveau-né malade ou prématuré*. Editions du CHU Sainte-Justine : Montréal (Québec), 2006. 194 pages. ISBN : 2-89619-039-2.

modifier l'environnement de l'unité néonatale (diminuer les agressions) et de favoriser la relation parent-enfant.

La responsabilité de la soignante consiste donc à favoriser les occasions d'améliorer les compétences de l'enfant et de sa famille ainsi qu'à réduire le stress inhérent à l'environnement présent dans l'unité néonatale. Frédéric Leboyer définit très justement le rôle des soignantes : « Pour épargner la peur au nouveau-né, il n'est que de lui donner, constamment, des points de repère. Et de ne lui dévoiler le monde, son nouveau royaume, qu'avec une infinie lenteur, d'infinies précautions. De tant de sensations nouvelles, il faut ne lui donner que ce qu'il peut intégrer. Et, ce faisant, multiplier les rappels, les sensations du passé. Alors, il prend courage. Qu'il retrouve dans cet univers hostile, quoique ce soit de familier, il se rassure, il s'apaise et ose aller de l'avant »⁴².

3.2.2 Environnement de l'unité néonatale⁴³ :

Les caractéristiques environnementales d'un service de néonatalogie regroupent plusieurs éléments : une lumière vive, de l'air froid et sec, de multiples odeurs, des sons stridents, de nombreuses manipulations, etc. Même si ces caractéristiques varient d'une unité à l'autre, tous ces stimuli envahissent les sens encore immatures du prématuré qui perçoit ainsi un contraste important et souvent désagréable entre sa vie intra-utérine et sa vie extra-utérine. « Les prématurés ou nouveau-nés passent donc de la quiétude du monde intra-utérin au stress de l'environnement aérien des soins intensifs dont ils sont incapables de tirer un bénéfice des stimulations excessives voire prématurées [...] »⁴⁴. De plus, le nouveau-né est soumis à la pesanteur qui l'oblige à maintenir ses membres en position d'extension et de rotation. Ainsi, le prématuré reste dans un état d'éveil épuisant pour lui, en raison de l'immaturité organique qui le rend vulnérable aux stimulations sensori-motrices. En effet, ce passage brusque et trop précoce de la vie utérine à la vie extra-utérine (dans l'unité néonatale) représente de multiples agressions. Frédéric Leboyer explicite la notion de stress et de douleur éprouvée par le nouveau-né naissant, qui se trouve confronté à un environnement agressif. « Ce qui fait l'horreur de naître, ce n'est pas tant la douleur que la peur. Pour le bébé, ce monde est terrifiant. C'est la richesse, l'immensité suffocante de l'expérience qui affole le petit voyageur »⁴⁵. De plus, il faut savoir que les expériences sensorielles vécues par le prématuré dans l'environnement de l'unité néonatale ne correspondent pas à la chronologie du développement des fonctions sensorielles (le toucher, le mouvement, l'odorat, le goût, l'ouïe, la vision) durant la gestation, le cas le plus frappant étant celui de la vision, sens très peu stimulé in-utero. Cependant, dans

⁴² LEBOYER, F. *Pour une naissance sans violence*. Editions du Seuil : Paris, 1980, p. 139. ISBN : 2-02-005576-7.

⁴³ Les éléments ci-dessous s'inspirent du livre suivant : MARTEL, M-J., MILETTE, I. *Les soins du développement : des soins sur mesure pour le nouveau-né malade ou prématuré*. Editions du CHU Sainte-Justine : Montréal (Québec), 2006. 194 pages. ISBN : 2-89619-039-2.

⁴⁴ Selon un document sur la philosophie de soins du service vaudois transmis par la personne ressource du canton de Vaud.

⁴⁵ LEBOYER, F. *Pour une naissance sans violence*. Editions du Seuil : Paris, 1980, p. 35. ISBN : 2-02-005576-7.

l'environnement de l'unité néonatale, la lumière vive surstimule le sens de la vue encore immature de l'enfant, ce qui représente une agression pour ce dernier.

Dans un service de néonatalogie, il existe sept sources de surstimulations pour le nouveau-né prématuré⁴⁶ :

1. Tactile (soins de routine, manipulations à répétition, etc.).
2. Vestibulaire (soumission à la force gravitationnelle)⁴⁷.
3. Olfactive (odeurs de Bétadine®⁴⁸, d'alcool, parfums des professionnels de la santé et des parents).
4. Gustative (stimulation douloureuse autour de la bouche créant ainsi une surstimulation gustative, comme l'aspiration endotrachéale et buccale, l'insertion du tube de gavage).
5. Auditive (sons de hautes fréquences, intensité des sons élevée)⁴⁹.
6. Visuelle (éclairage continu et intense).
7. Motrice ou positionnement inadéquat (le matelas de l'incubateur ne donne pas la possibilité au prématuré de retrouver sa position fœtale. Il se retrouve contraint à la force gravitationnelle)⁵⁰.

Ces différentes sources de surstimulations peuvent générer chez le prématuré des difficultés physiologiques, comportementales et motrices, à court, à moyen et à long terme, en raison notamment du stress qu'elles engendrent⁵¹. Par ailleurs, Blackburn et Vanden Berg ont démontré que les surstimulations et les positionnements inadéquats répétés peuvent avoir des répercussions importantes sur le long terme⁵². Grenier affirme, dans cet ordre d'idées, que les conséquences à long terme d'un mauvais positionnement peuvent engendrer des problèmes d'articulations et au niveau musculaire⁵³. Cependant, il nuance ses propos en soulignant qu'avec un suivi en physiothérapie, « ces conséquences sont généralement réversibles chez les enfants qui n'ont pas eu

⁴⁶ MARTEL, M-J., MILETTE, I. *Les soins du développement : des soins sur mesure pour le nouveau-né malade ou prématuré*. Editions du CHU Sainte-Justine : Montréal (Québec), 2006. 194 pages. ISBN : 2-89619-039-2.

⁴⁷ Le sens vestibulaire du nouveau-né se développe durant la vie intra-utérine, en apesanteur dans l'utérus de la mère. Ainsi, un enfant né prématurément n'a pas fini de développer son sens vestibulaire et passe ainsi d'un milieu en apesanteur à un milieu soumis à la force gravitationnelle.

⁴⁸ La Bétadine® est un antiseptique (désinfectant).

⁴⁹ Le fœtus perçoit dans l'utérus des sons de basses fréquences et d'intensité moyenne. Ainsi, dans l'environnement de l'unité néonatale, les stimulations auditives sont inadéquates par rapport à la maturité du sens de l'audition du prématuré.

⁵⁰ L'utérus de la mère encadre physiquement le fœtus, qui flotte en apesanteur dans le liquide amniotique et qui lui permet de se mouvoir à son gré. La gravité présente dans le milieu extra-utérin ainsi que l'incubateur n'offre pas au prématuré la sécurité physique et la possibilité de se mouvoir facilement. Ces deux éléments occasionnent chez le prématuré une grande perte d'énergie.

⁵¹ MARTEL, M-J., MILETTE, I. *Les soins du développement : des soins sur mesure pour le nouveau-né malade ou prématuré*. Editions du CHU Sainte-Justine : Montréal (Québec), 2006. 194 pages. ISBN : 2-89619-039-2.

⁵² BLACKBURN, S-T., VANDEN BERG, K-A., 1993. *Assessment and management of neonatal neurobehavioral development*. Cités par *ibid*.

⁵³ GRENIER, A., 1988. *Prévention des déformations précoces de hanche chez les nouveau-nés à cerveau lésé*. Cité par MARTEL, M-J., MILETTE, I., *Les soins du développement : des soins sur mesure pour le nouveau-né malade ou prématuré*. Editions du CHU Sainte-Justine : Montréal (Québec), 2006. 194 pages. ISBN : 2-89619-039-2.

de lésions cérébrales et ce, dès que l'activité musculaire normale est rétablie »⁵⁴. Ces conséquences dépendent à la fois du degré de prématurité et des problèmes qui surviennent par la suite. Par ailleurs, la vulnérabilité du prématuré, son immaturité ainsi que son instabilité neurologique et motrice font que ce dernier est incapable d'affronter les stimulations présentes dans un service de néonatalogie (bruit, lumière, etc.). En effet, les stress aigus ou chroniques qui en découlent pourraient causer des problèmes conséquents qui apparaîtraient plus tard dans la vie de l'enfant⁵⁵. Selon d'autres auteurs, les surstimulations peuvent avoir des conséquences sur le développement ainsi que sur la croissance du nouveau-né à long terme en raison du stress physiologique important qu'il subit (anomalies du développement cérébral par exemple)⁵⁶. Au niveau des répercussions à court terme, on peut trouver par exemple une diminution de la saturation en oxygène, de la bradycardie, des vomissements, un changement de la couleur de la peau (cyanose (voir lexique)), etc⁵⁷. A moyen et long terme, on peut citer par exemple une infirmité motrice d'origine cérébrale ou IMC (hémiplégie, diplégie, tétraplégie (voir lexique)), une insuffisance mentale, de l'épilepsie (voir lexique), des troubles du comportement, des troubles de l'apprentissage scolaire, etc⁵⁸.

Il est donc nécessaire de prendre conscience des effets que peuvent avoir les surstimulations ainsi que les positionnements inadéquats sur le prématuré afin de limiter les conséquences négatives sur son développement et améliorer ses chances de survie.

⁵⁴ GRENIER, A., 1988. *Prévention des déformations précoces de hanche chez les nouveau-nés à cerveau lésé*. Cité par MARTEL, M.-J., MILETTE, I., *Les soins du développement : des soins sur mesure pour le nouveau-né malade ou prématuré*. Editions du CHU Sainte-Justine : Montréal (Québec), 2006, p. 49. ISBN : 2-89619-039-2.

⁵⁵ PETERS, K.-L., 1999. *Infant handling in the NICU : does developmental care make a difference ? An evaluative review of the literature*. Cité par MARTEL, M.-J., MILETTE, I., *Les soins du développement : des soins sur mesure pour le nouveau-né malade ou prématuré*. Editions du CHU Sainte-Justine : Montréal (Québec), 2006, p. 49. ISBN : 2-89619-039-2.

⁵⁶ ALS, H., 1986. *A synactive model of neonatal behavioral organization : framework for the assessment of neurobehavioral development in the premature infant and for support of infants and parents in the Neonatal Intensive Care Environment* & PETERS, K.-L., 1999. *Infant handling in the NICU : does developmental care make a difference ? An evaluative review of the literature*. Cités par MARTEL, M.-J., MILETTE, I. *Les soins du développement : des soins sur mesure pour le nouveau-né prématuré*. Editions Du CHU Sainte-Justine : Montréal (Québec), 2006. 194 pages. ISBN : 2-89619-039-2.

⁵⁷ MARTEL, M.-J., MILETTE, I. *Les soins du développement : des soins sur mesure pour le nouveau-né prématuré*. Editions Du CHU Sainte-Justine : Montréal (Québec), 2006. 194 pages. ISBN : 2-89619-039-2.

⁵⁸ MARPEAU, L., MARRET, S. Grande prématurité, risque de handicaps neuropsychiques et neuroprotection. *J. Gynecol Obstet Biol Reprod* [en ligne]. 2000, Volume 29, n°4, 373-384. Adresse URL : <http://www.sepeap.es/revisiones/archivos/10113.pdf>. Pour en savoir plus sur les conséquences de la surstimulation, vous pouvez consulter le chapitre 2 du livre cité précédemment.

3.2.3 Interventions spécifiques des soins de développement :

L'aménagement d'un environnement néonatal plus adapté aux sens immatures du prématuré nécessite différentes interventions propres aux soins de développement, dont voici quelques exemples.

A) Interventions pour diminuer les sources de surstimulations⁵⁹ :

- Offrir au prématuré une sucette d'amusement durant et après les soins pour qu'il se réconforte en tétant.
- Avant les manipulations (soins, positionnements, etc.), prendre le temps de le réveiller en posant les mains sur son corps et en lui parlant.
- Lui donner une période de repos quand il démontre des signes de stress⁶⁰.
- Assurer le confort du nouveau-né durant et après les interventions douloureuses ou traumatisantes avec une solution de sucrose (glucose 30%)⁶¹.
- Ouvrir les flacons d'alcool et de désinfectant hors de l'incubateur du nouveau-né.
- Limiter l'utilisation des produits de toilette qui peuvent dégager de fortes odeurs (l'eau de Cologne par exemple).
- Limiter les soins qui provoquent des surstimulations négatives autour de la bouche (insertions répétées du tube de gavage, aspirations répétées, etc.).
- Retirer doucement le ruban adhésif qui maintient le tube de gavage par exemple.
- Diminuer le bruit ambiant en baissant l'intensité des conversations, les cris et les communications dans l'unité néonatale.
- Parler doucement au prématuré pendant et après les soins.
- Ouvrir et fermer doucement les portes de l'incubateur.
- Réduire davantage la lumière la nuit, comparativement à celle du jour, ce qui permettra au prématuré de différencier le jour de la nuit.
- Placer une couverture sur l'incubateur.
- Protéger les yeux du prématuré lors des soins qui demandent une intensité lumineuse élevée.
- Toujours reproduire la position fœtale.
- Eviter les positions qui mettent les articulations en appui sur le matelas.

⁵⁹ MARTEL, M.-J., MILETTE, I. *Les soins du développement : des soins sur mesure pour le nouveau-né prématuré*. Editions Du CHU Sainte-Justine : Montréal (Québec), 2006. 194 pages. ISBN : 2-89619-039-2.

⁶⁰ Le nouveau-né peut présenter divers signes de stress face à son environnement, tels que de la tachycardie, des apnées, un sommeil agité, des grimaces faciales, des sursauts, etc. Pour en savoir plus, consulter le chapitre 4 du livre cité précédemment.

⁶¹ Le glucose 30% est une solution de sucrose qu'on peut accompagner d'une forme de succion non-nutritive au moyen du doigt d'une infirmière, d'une sucette ou d'un poing de l'enfant. Cette solution est reconnue comme ayant un effet calmant et analgésique sur les nouveau-nés.

- Utiliser comme support pour les articulations un linge enroulé ou du matériel de positionnement si le service en possède.
- Alternier les positions ventrales, dorsales et latérales afin de prévenir des déformations du crâne.
- Etc⁶².

B) Interventions favorisant la promotion des différents sens :

- Lorsque le prématuré est éveillé, on peut favoriser son sens du toucher de différentes manières, en utilisant par exemple de la ouate, du coton doux ou une peluche qui procurent à l'enfant des stimulations tactiles agréables.
- Lorsque le prématuré est stable, on peut le bercer doucement suspendu dans les airs tout en le tenant en position fœtale (une main sous les fesses et une autre sous la nuque).
- Effectuer une légère rotation des hanches peut l'aider à se calmer s'il est agité.
- Imbiber légèrement un tampon du lait de la mère et le placer dans l'incubateur lors de l'alimentation ou lors des périodes d'éveil. Cette manière de faire peut fournir au prématuré une stimulation olfactive positive.
- Dès que ce dernier présente un réflexe de succion, favoriser la mise au sein.
- Inviter les parents à parler, à chanter des chansons à leur enfant quand il est réveillé.
- Si le prématuré s'intéresse aux éléments de son environnement, placer des photos de famille, des dessins faits par la fratrie, etc. Ces images doivent être en noir et blanc ou aux couleurs vives afin que l'enfant puisse les voir. Attention, il faut tout de même évaluer si le bébé tolère ces stimulations.
- Etc⁶³.

⁶² Pour en savoir plus sur les interventions spécifiques des soins de développement, consulter l'ouvrage suivant : MARTEL, M.-J., MILETTE, I. *Les soins du développement : des soins sur mesure pour le nouveau-né prématuré*. Editions Du CHU Sainte-Justine : Montréal (Québec), 2006. 194 pages. ISBN : 2-89619-039-2.

⁶³ Ibid.

C) Interventions pratiquées dans le service du canton du Valais et du canton de Vaud⁶⁴ :

Interventions SD	Valais	Vaud
Interventions visant à diminuer la surstimulation auditive	Pratique : diminution du volume des conversations, de la radio, des alarmes, manipulations délicates du matériel et des hublots des couveuses. Si possible, aucun matériel n'est déposé sur les couveuses.	Pratique : mise en place de faux plafonds pour diminuer les « échos », arrêt de certaines alarmes, détecteur à 85 décibels qui indique si le niveau sonore est trop élevé dans l'unité néonatale.
Interventions visant à diminuer la surstimulation visuelle	Pratique : création d'un cycle jour-nuit pour le prématuré avec l'aide de couvertures placées sur les couveuses, utilisation réduite des néons lumineux. La nuit, emploi de lampes de chevet.	Pratique : création d'un cycle jour-nuit pour le prématuré avec l'aide de couvertures placées sur les couveuses.
Interventions visant à diminuer la surstimulation motrice	Pratique : reproduction du positionnement physiologique du bébé ⁶⁵ , c'est-à-dire en flexion (position fœtale). Pratique appelée le « Nid ».	Pratique : reproduction du positionnement physiologique du bébé
Interventions visant à diminuer la surstimulation tactile	Pratique : regroupement des soins dans la mesure du possible, enseignement de la méthode kangourou ⁶⁶ aux parents, utilisation du glucose 30%, emploi de la succion non-nutritive ⁶⁷ . Utilisation par certaines infirmières du concept « Minimal Handling » ⁶⁸ , pratique qui consiste à toucher le moins possible l'enfant afin d'éviter des surstimulations.	Pratique : regroupement des soins dans la mesure du possible, enseignement de la méthode kangourou aux parents, utilisation du glucose 30%, emploi de la succion non-nutritive. Utilisation de l'emballotement (fait d'envelopper le bébé) dans les soins (ex : bain). Cette pratique permet à l'enfant d'être en flexion dans la baignoire. Emploi du « Minimal Handling » chez les bébés très malades,

⁶⁴ Selon les deux personnes ressources des milieux d'enquête.

⁶⁵ Pour plus d'informations sur le principe et les buts du positionnement physiologique, consulter les pages 110 à 120 du livre suivant : MARTEL, M.-J., MILETTE, I. *Les soins du développement : des soins sur mesure pour le nouveau-né prématuré*. Editions Du CHU Sainte-Justine : Montréal (Québec), 2006. 194 pages. ISBN : 2-89619-039-2.

⁶⁶ La méthode kangourou est une méthode de contact peau-à-peau privilégiée entre le nouveau-né et ses parents. Pour en savoir plus sur cette méthode, vous pouvez consulter l'ouvrage cité précédemment.

⁶⁷ Le glucose 30% et la succion non-nutritive ont été explicités plus haut, dans les « Interventions pour diminuer les sources de surstimulations ».

⁶⁸ Pour en savoir plus sur les manipulations relatives à ce terme, vous pouvez consulter le chapitre 1.7 du livre suivant : OBLADEN, M. *Soins intensifs pour nouveau-nés*. Springer, 2^{ème} édition : France (Paris), 1998. 450 pages. ISBN : 2-287-59645-3.

➤ *Remarques spécifiques au canton du Valais*⁶⁹ :

Les infirmières du service appliquent, comme le canton de Vaud, la succion non-nutritive. Elles encouragent également les parents à venir voir leur enfant et à participer aux soins. Selon plusieurs soignantes de l'échantillon, les mamans hospitalisées peuvent rester auprès de leur enfant 24h/24h si elles le désirent. En outre, il n'existe pas encore une structure pour accueillir les parents au sein de l'hôpital. Cependant, selon la personne ressource, une chambre est mise à disposition pour les parents dans le bâtiment du personnel, mais les disponibilités sont restreintes. Afin de remédier à cette situation, un projet est en cours d'élaboration. Effectivement, un nouveau bâtiment va être construit à côté de l'hôpital et comportera un appartement d'accueil pour les parents. Par ailleurs, le service de néonatalogie a été sectorisé au mois de septembre 2009. En effet, jusqu'alors, les infirmières du service de néonatalogie et de pédiatrie effectuaient des tournus entre les deux unités. Actuellement, il existe une équipe infirmière propre au service de néonatalogie et une autre propre au service de pédiatrie. Ainsi, 12 infirmières prennent en charge les nouveau-nés prématurés. En outre, afin de se perfectionner à la méthode des soins de développement, les infirmières vont suivre, dans le courant de juin à septembre, une formation sur le NIDCAP à Brest. Selon la personne ressource du canton du Valais, un projet d'agrandissement du service de néonatalogie est également prévu dans trois ou quatre ans. Ce projet permettra, selon elle, une implantation plus optimale des soins de développement et peut-être l'instauration du programme NIDCAP. Pour finir, les infirmières se basent sur les travaux du Docteur T. Berry Brazelton ainsi que sur l'ouvrage de Martel et Milette⁷⁰ pour appliquer les soins de développement. De plus, plusieurs soignantes du service ont travaillé au sein de l'hôpital vaudois et ont bénéficié de cours sur les soins de développement. Ainsi, leurs connaissances servent également de base pour l'application de la méthode au sein du service valaisan.

➤ *Remarques spécifiques au canton de Vaud* :

Selon la personne ressource du canton de Vaud, les infirmières du service appliquent la succion non-nutritive qui consiste pour le prématuré à découvrir par sa bouche le sein maternel. La mère peut tirer le lait avant que le bébé soit installé à son sein. Puis, l'enfant est placé au sein et peut exercer des mouvements de succion avec sa bouche, tout en découvrant cette zone, ce qui lui permet en outre de se préparer à l'allaitement. Cette méthode offre une stimulation orale pour le prématuré et procure à celui-ci du plaisir étant donné qu'il est dans le stade oral⁷¹. La succion non-nutritive peut se pratiquer de

⁶⁹ Le contenu développé ci-dessous s'est construit en regard des informations transmises par la personne ressource du canton du Valais et par les infirmières de l'échantillon.

⁷⁰ MARTEL, M.-J., MILETTE, I. *Les soins du développement : des soins sur mesure pour le nouveau-né prématuré*. Editions Du CHU Sainte-Justine : Montréal (Québec), 2006. 194 pages. ISBN : 2-89619-039-2.

⁷¹ Le stade oral fait référence à la théorie de Freud concernant les stades du développement psychosexuel. Selon ce dernier, la zone érogène est la zone bucco-labiale pour les enfants de zéro à un an et le sein maternel représente l'objet pulsionnel. Pour plus d'informations sur les stades du développement selon Freud, se référer au document suivant : Responsable de module : SOLIOZ, E. Année préparatoire : *La psychologie du développement*. Sciences humaines. Filière soins infirmiers : Sion, mars 2007.

différentes manières. Outre la méthode explicitée par la personne ressource du canton de Vaud, d'autres pratiques peuvent se faire, comme l'utilisation d'une solution de sucrose accompagnée de formes de succion. Par ailleurs, les chambres au sein du service de néonatalogie sont séparées par des rideaux, ce qui permet aux parents d'avoir une certaine intimité avec leur enfant. De plus, ces derniers sont encouragés à venir voir leur bébé et les infirmières font en sorte que le lien parent-enfant soit maintenu. Il existe même des locaux au sein de l'établissement mis à disposition des parents pour qu'ils se reposent et soient auprès de leur enfant. Des studios ont également été préparés pour eux, ils peuvent donc y dormir et s'y restaurer afin d'éviter des trajets et d'être plus proches de l'hôpital. En outre, un nouveau projet et une restructuration ont été mis en place récemment. En effet, la personne ressource du canton de Vaud explique que dès le début de l'année 2010, les infirmières fixent avec les médecins l'heure de la visite médicale et organisent les soins à l'enfant en-dehors de leurs heures de passage⁷². Ils ne dérangent donc pas l'enfant, mis à part quand ce dernier nécessite des soins aigus. A ce propos, la personne ressource explique qu'une restructuration des protocoles est également entreprise concernant certaines pratiques⁷³. Par exemple, ce projet a montré aux infirmières que les soins de développement n'étaient pas totalement pris en compte dans le cas où le médecin doit réveiller l'enfant pour l'ausculter en-dehors des soins. Les soignantes effectuent donc des modifications pour que les médecins appliquent un protocole expliquant comment réveiller l'enfant quand il dort par exemple.

3.2.4 NIDCAP : une application spécifique des soins de développement :

Le « Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program (NIDCAP) » ou en français le « Programme Néonatal Individualisé d'Évaluation et de Soins de Développement » est un programme de soins de développement précoce, intégré dans les soins quotidiens des soignants, centré sur l'enfant et sa famille et individualisé, c'est-à-dire adapté au comportement spécifique de chaque prématuré⁷⁴. Plus précisément, le NIDCAP est un programme qui permet une évaluation systématique des comportements du nouveau-né grâce aux observations faites par le personnel soignant avant, pendant et après les manipulations et les interventions à l'aide d'un outil d'évaluation nommé APIB⁷⁵.

Le but premier de ce programme consiste à adapter les soins et l'environnement au niveau de développement du nouveau-né à l'aide d'une évaluation des

⁷² Selon un téléphone récent datant du 26.05.2010. A noter que les informations ne sont pas traitées dans la suite de ce mémoire car ces dernières ont été récoltées après investigation sur le terrain de recherche du canton de Vaud.

⁷³ Cet élément sera repris plus tard sous le point 3.2.5 « Implantation des soins de développement auprès des infirmières ».

⁷⁴ MARTEL, M.-J., MILETTE, I. *Les soins du développement : des soins sur mesure pour le nouveau-né prématuré*. Editions Du CHU Sainte-Justine : Montréal (Québec), 2006. 194 pages. ISBN : 2-89619-039-2.

⁷⁵ Pour plus d'informations sur cet outil, se référer au livre suivant : MARTEL, M.-J., MILETTE, I. *Les soins du développement : des soins sur mesure pour le nouveau-né prématuré*. Editions Du CHU Sainte-Justine : Montréal (Québec), 2006. 194 pages. ISBN : 2-89619-039-2.

comportements de ce dernier par le personnel soignant. Le second but est d'offrir aux parents une guidance ainsi qu'un soutien dans la compréhension du comportement de leur enfant. Par ailleurs, le NIDCAP permet l'utilisation des soins de développement de façon : « *Précoce*, c'est-à-dire dès la salle d'accouchement, *Intégrée* dans les soins quotidiens des médecins ainsi que des infirmières ; *Centrée* sur l'enfant et sa famille et pour finir *Individualisée* à chaque enfant prématuré en tenant compte de sa réponse comportementale »⁷⁶.

Ainsi, le NIDCAP est indissociable du concept des soins de développement car il est une mise en application particulière des soins de développement que de nombreux hôpitaux aspirent à mettre un jour en place, comme les deux terrains de recherche étudiés. En effet, mon terrain de recherche n'applique pour l'instant pas l'intégralité de ce concept. Selon la personne ressource de ce service le concept est très large et demanderait un changement complet de l'organisation du service (de la part des médecins, des infirmières et autres professionnels) ainsi que des modifications d'ordre structurel des locaux. C'est pourquoi, ce service ne met en pratique que certains éléments du NIDCAP (regroupement des soins, intégration des parents aux soins, plusieurs soins de développement, etc.)⁷⁷.

Le terrain de recherche du canton de Vaud n'applique également pas l'entier du concept NIDCAP. Selon la personne ressource de ce service, « [...] *pour avoir l'accréditation NIDCAP [...], il faut qu'il y ait tant de personnes dans le service qui aient des formations [...]* » ; elle affirme en plus que « *c'est très rigoureux* ». Dans le service de néonatalogie du canton de Vaud, certaines infirmières ont commencé la formation mais ne l'ont pas encore finie. La personne ressource explique que les services qui ont vraiment l'accréditation NIDCAP, en France et à Brest, « *font à peu près chaque deux semaines l'observation APIB* », ce qui n'est pas le cas du terrain étudié, qui fait des observations⁷⁸ quand il y a des problèmes par exemple dans la relation parent-enfant. Tous les enfants ne bénéficient donc pas de ces observations.

Au travers des éléments ci-dessus, on constate que les deux terrains de recherche ont une implantation spécifique des soins de développement. En effet, il s'agit d'une implantation dite générique⁷⁹. « Dans cette optique, les soins de développement sont considérés comme une philosophie, une approche qui transcende différentes formations n'abordant que certains sujets des soins de développement »⁸⁰. Ainsi, le programme NIDCAP n'est pas toujours inséré dans sa totalité. Les deux échantillons appliquent ainsi une version fragmentée du

⁷⁶ RATYNSKI, N. [et al.]. Vos questions - NIDCAP et soins de développement. In : *Site officiel de la périnatalité* [en ligne], p. 1. Adresse URL : <http://www.périnat-france.org/portail-grand-public/bebe/le-bebe-premature/vos-questions>

⁷⁷ Cependant, selon la personne ressource du canton du Valais, ce service tend à intégrer de plus en plus ce concept car, comme mentionné plus haut, un projet d'agrandissement des locaux est prévu dans trois ou quatre ans.

⁷⁸ Les observations dont parle la personne ressource du canton de Vaud concernent l'utilisation de l'échelle APIB, nommée dans le paragraphe précédent. De plus, ces observations s'effectuent en général par des psychologues travaillant à l'Unité de développement de l'hôpital vaudois.

⁷⁹ MARTEL, M.-J., MILETTE, I. *Les soins du développement : des soins sur mesure pour le nouveau-né prématuré*. Editions Du CHU Sainte-Justine : Montréal (Québec), 2006. 194 pages. ISBN : 2-89619-039-2.

⁸⁰ ALS, H., 1998. *Developmental care in the Newborn Intensive Care Unit*. Citée par *ibid*, p. 138.

NIDCAP, version adaptée en fonction de leurs besoins. Cette adaptation permet, selon plusieurs auteurs, de maximiser les avantages, tout en minimisant les coûts et les obstacles inhérents à l'implantation de ces soins dans un programme tel que le NIDCAP⁸¹. En effet, selon plusieurs auteurs, ce dernier présente des limites qui proviennent des dépenses onéreuses liées à la formation et aux changements architecturaux des locaux pour les services de néonatalogie concernés. De plus, la formation au NIDCAP, le matériel et les outils reliés aux soins de développement ne sont généralement disponibles qu'en anglais⁸².

Plus globalement, le programme NIDCAP n'est pas implanté en Suisse pour l'instant⁸³. Une recherche centrée sur ce dernier serait donc difficilement réalisable actuellement. C'est pourquoi ce travail se focalise sur les soins de développement, qui se pratiquent dans plusieurs établissements comme les deux terrains de recherche. Cependant, l'évocation du NIDCAP dans ce travail paraît importante car il s'agit d'une mise en place particulière des soins de développement vers laquelle beaucoup d'hôpitaux se dirigent.

3.2.5 Avantages liés aux soins de développement⁸⁴ :

Dans la littérature, bon nombre d'avantages sont mis en avant pour les prématurés, les parents, les infirmières et le système de santé. En effet, « au cours des dernières années, les recherches scientifiques démontrant les effets des soins de développement sur les nouveau-nés prématurés ont convergé vers une seule et même conclusion : ce genre de soins n'est plus optionnel mais essentiel »⁸⁵. L'implantation des soins de développement comporte ainsi des avantages à court, à moyen et à long terme pour toutes les personnes concernées par ce genre de prise en charge. Les paragraphes qui suivent présentent donc les apports positifs de ces soins pour chacun des protagonistes.

A) Avantages pour les prématurés :

A court terme, les prématurés qui ont bénéficié de ces soins montrent principalement une amélioration dans leur organisation physiologique et neuro-comportementale⁸⁶. Il a été constaté également une diminution des bradycardies et des apnées, une meilleure tension artérielle, une augmentation de la qualité du sommeil, une meilleure saturation en oxygène, une diminution des mouvements de trémulation (voir lexique) et des signes d'irritabilité ainsi qu'une

⁸¹ MARTEL, M.-J., MILETTE, I. *Les soins du développement : des soins sur mesure pour le nouveau-né prématuré*. Editions Du CHU Sainte-Justine : Montréal (Québec), 2006. 194 pages. ISBN : 2-89619-039-2.

⁸² Ibid.

⁸³ Selon les téléphones faits auprès des infirmières de néonatalogie dans les cantons suisses.

⁸⁴ Le contenu traité dans ce point s'inspire du livre suivant : MARTEL, M.-J., MILETTE, I. *Les soins du développement : des soins sur mesure pour le nouveau-né prématuré*. Editions Du CHU Sainte-Justine : Montréal (Québec), 2006. 194 pages. ISBN : 2-89619-039-2.

⁸⁵ Ibid, p. 123.

⁸⁶ Ibid.

meilleure coloration de la peau⁸⁷. A moyen terme, les bienfaits des soins de développement comportent par exemple « une diminution du nombre de jours avec ventilateur, une diminution du nombre de jours avec besoin en oxygène, une diminution des complications médicales, une diminution des morbidités chroniques, une amélioration des comportements sur le plan neuro-comportemental à deux semaines d'âge corrigé (soit 42 semaines d'âge postconceptionnel (voir lexique)), etc. »⁸⁸. A long terme, il a été remarqué une « amélioration du fonctionnement neurologique, amélioration à l'âge de neuf mois des capacités mentales et motrices, meilleure compétence motrice à trois ans, diminution des problèmes de comportement, diminution des troubles envahissants du développement, etc. »⁸⁹.

On constate donc que les avantages des soins de développement sont multiples selon les études, malgré des discussions persistantes sur l'effet de ces soins. En effet, selon une analyse documentaire publiée en 2007 par l'OMS⁹⁰, certaines interventions des soins de développement montreraient des effets positifs limités chez les nouveau-nés prématurés. Des bienfaits ont été observés, mais les résultats proviennent d'études à petite échelle et ne peuvent donc pas faire office de généralité. L'étude conclut de la façon suivante : « Bien que des preuves d'un effet bénéfique des interventions de soins de développement aient dans l'ensemble été mises en évidence, et qu'aucun effet nocif majeur n'ait été signalé, l'absence d'effet bénéfique ou des effets contradictoires ont été relevés concernant un grand nombre de résultats »⁹¹. Toutefois, ces affirmations demandent encore des études, afin de confronter les résultats avec d'autres recherches.

B) Avantages pour les parents⁹² :

Voici quelques bénéfices recensés pour les parents : meilleur contact visuel et physique de la mère avec son enfant, diminution du stress vécu par la famille, amélioration du lien d'attachement et augmentation de la confiance des parents en leur capacité. Enfin, par rapport aux infirmières, les échanges et les interactions avec les parents sont facilités.

⁸⁷ MARTEL, M.-J., MILETTE, I. *Les soins du développement : des soins sur mesure pour le nouveau-né prématuré*. Editions Du CHU Sainte-Justine : Montréal (Québec), 2006, p. 124-125. ISBN : 2-89619-039-2.

⁸⁸ Ibid.

⁸⁹ Ibid, p. 126.

⁹⁰ SYMINGTON, A., PINELLI, J. Soins de développement pour promouvoir la croissance et prévenir la morbidité chez le nouveau-né prématuré. In : *La Bibliothèque de Santé Génésique de l'OMS* [en ligne]. 2007. 1-2. Adresse URL : <http://apps.who.int/rhl/newborn/reviews/cd001814/fr/>

⁹¹ Ibid.

⁹² MARTEL, M.-J., MILETTE, I. *Les soins du développement : des soins sur mesure pour le nouveau-né prématuré*. Editions Du CHU Sainte-Justine : Montréal (Québec), 2006. 194 pages. ISBN : 2-89619-039-2.

C) Avantages pour les infirmières :

Comme expliqué précédemment, peu de littérature concerne les soins de développement auprès des infirmières. Suite aux lectures entreprises, on constate que les soignantes considèrent ces soins comme nécessaires, mais peu d'éléments mettent en évidence leurs effets sur elles. Selon une enquête réalisée à l'hôpital universitaire de Brest en 2002, les conditions de travail pour les infirmières de néonatalogie qui utilisent les soins de développement se virent améliorées, tout comme la satisfaction du personnel infirmier⁹³. En outre, « la diminution du niveau sonore et de l'activité ont été perçues comme très positives par le personnel. La réduction de la lumière n'a pas été notée comme un élément défavorable pour leur travail par les soignants, même si le bénéfice est moins significatif »⁹⁴. Une autre étude évaluant l'implantation du NIDCAP affirme que les infirmières ont besoin de temps pour changer leurs attitudes, pour se sentir plus à l'aise et pour être satisfaites du NIDCAP. Par ailleurs, elles se sentent intimidées par rapport aux interrogations des parents sur ce qu'il faut faire, par rapport à leur perte de contrôle et par le fait que les parents essaient de prendre la relève⁹⁵. De plus, d'autres auteurs ont étudié les expériences des infirmières travaillant avec les soins de développement⁹⁶. « They identified « putting the baby first » as the basic social process used by nurses implementing developmental care »⁹⁷. Enfin, Als Heidelise relate que « les professionnels ont davantage confiance en leur capacité de prendre en charge les nouveau-nés »⁹⁸. Oehler [et al.], quant à eux, mettent quant à eux en évidence une meilleure compréhension des comportements du prématuré et une amélioration du sens de l'accomplissement personnel, de la satisfaction professionnelle et de la qualité des soins dispensés par les infirmières⁹⁹.

⁹³ MAMBRINI, C. [et al.]. Implantation des soins de développement et comportement de l'équipe soignante. *Archives de Pédiatrie* [en ligne]. Mai 2002. Volume 9, Suppl. 2, 104-106. Adresse URL :

http://www.sciencedirect.com/science?_ob=ArticleURL&_udi=B6VKK-46WV6C5H&_user=6563152&_rdoc=1&_fmt=&_orig=search&_sort=d&_view=C&_acct=C000070070&_version=1&_urlVersion=0&_userid=6563152&md5=a16774d1eab9e3c2a9cf26c66fe910b

⁹⁴ Ibid, p. 106.

⁹⁵ WIELENGA, J.M., SMIT, B.J., UNK, L.K.A. How Satisfied Are Parents Supported by Nurses With the NIDCAP Model of Care for Their Preterm Infant? *Journal Nursing Care Quality* [en ligne]. 2005. Volume 21, n°1, 41-48.

⁹⁶ PREMJI, SS., CHAPMAN, JS., 1997. *Nurses' experience with implementing developmental care in NICUs*. Cités par *ibid*.

⁹⁷ Ibid, p. 47. Ces propos signifient que l'élément central aux yeux des infirmières est de faire passer le bébé en premier (traduction personnelle).

⁹⁸ ALS, H., 1998. *Developmental care in the Newborn Intensive Care Unit*. Citée par MARTEL, M.-J., MILETTE, I. *Les soins du développement : des soins sur mesure pour le nouveau-né malade ou prématuré*. Editions du CHU Sainte-Justine : Montréal (Québec), 2006, p. 127. ISBN : 2-89619-039-2.

⁹⁹ OEHLER, J.-M. [et al.], 1991. *Beyond technology : meeting developmental needs of infants in the NICU's*. Cités par MARTEL, M.-J., MILETTE, I. *Les soins du développement : des soins sur mesure pour le nouveau-né malade ou prématuré*. Editions du CHU Sainte-Justine : Montréal (Québec), 2006, p. 127. ISBN : 2-89619-039-2.

D) Avantages pour le système de santé:

Les avantages qui touchent les différents acteurs ci-dessus entraînent une diminution de la durée d'hospitalisation et par conséquent une diminution des coûts ultérieurs de la santé (troubles de développement, prise en charge).

3.2.6 Implantation des soins de développement auprès des infirmières :

A) Implantation d'un point de vue général :

Comme constaté précédemment, le peu de littérature concernant les infirmières fait référence à l'implantation des soins de développement auprès de ces dernières. Certains auteurs citent, par exemple, le processus d'implantation du NIDCAP au sein de l'hôpital universitaire de Brest (en France)¹⁰⁰. Ils affirment que les plus grandes difficultés sont venues de l'équipe soignante. En effet, selon eux, « la résistance au changement observée chez certains soignants s'est traduite par une remise en question permanente des recommandations allant jusqu'à l'ignorance complète voire la mise en place d'actions radicalement opposées (majoration du niveau lumineux et sonore, suppression du support en flexion, exclusion des parents de certains moments «clés», etc.) »¹⁰¹. Selon la personne ressource du canton du Valais, un tel processus s'est fait ressentir lors de l'implantation des soins de développement dans le service. En effet, il y eut de la résistance au changement dans le sens que les infirmières ne comprenaient pas pourquoi il fallait qu'elles modifient leur pratique de soins. Selon la personne ressource du canton de Vaud, la chose la plus importante pour appliquer les soins de développement est la volonté de chacune des soignantes d'appliquer les soins et il faut, pour cela, de l'ouverture au changement et des capacités de réflexion pour parvenir à changer des habitudes de travail.

Un résultat encourageant est celui d'une autre étude concernant l'hôpital universitaire de Brest qui montre qu'en l'an 2000, soit deux ans après l'implantation du programme NIDCAP au sein de l'hôpital, la satisfaction des soignants est réelle¹⁰². Enfin, Hendricks-Muñoz et Prendergast décrivent les problèmes liés à l'implantation des soins de développement selon les infirmières¹⁰³. Ils soulignent que les obstacles majeurs concernent l'équipe infirmière et médicale d'abord et les fonds accordés ensuite¹⁰⁴. En effet, les soignantes percevaient leurs collègues infirmières et médecins comme les

¹⁰⁰ MAMBRINI, C. [et al.]. Implantation des soins de développement et comportement de l'équipe soignante. *Archives de Pédiatrie* [en ligne]. Mai 2002. Volume 9, Suppl. 2, 104-106. Adresse URL : http://www.sciencedirect.com/science?_ob=ArticleURL&_udi=B6VKK-46WV6C5H&_user=6563152&_rdoc=1&_fmt=&_orig=search&_sort=d&_view=C&_acct=C000070070&_version=1&_urlVersion=0&_userid=6563152&md5=a16774d1eab9e3c2a9cf26c66fe910b

¹⁰¹ Ibid, p. 105.

¹⁰² ANSQUER, H. [et al.]. NIDCAP ou Programme Néonatal Individualisé d'Evaluation et de Soins de Développement : Evaluation des procédures d'implantation et des résultats, 1-25.

¹⁰³ HENDRICKS-MUÑOZ, K., PRENDERGAST CAROL, C. Barriers to provision of Developmental Care in the Neonatal Intensive Care Unit: Neonatal Nursing Perceptions. *American Journal of Perinatology* [en ligne]. 2007, Volume 24, N° 2, 71-77.

¹⁰⁴ Ibid.

obstacles majeurs à l'apport des soins de développement dans l'unité néonatale, ce qui peut avoir un profond impact sur leurs conditions de travail. Les infirmières de l'étude n'ayant pas bénéficié de réunions multidisciplinaires et de directives de la part de leur chef¹⁰⁵ sur les soins de développement identifieraient ces obstacles. En outre, 42% des soignantes donneraient une explication par rapport au manque de soutien des infirmiers chefs face à cette pratique¹⁰⁶. Dans cette étude toujours, il est affirmé que des réunions concernant les soins de développement et réunissant les collègues médecins et infirmiers peuvent introduire et améliorer la pratique des soins de développement¹⁰⁷. La personne ressource du canton du Valais met en évidence le même genre de problèmes liés à l'implantation des soins de développement, à savoir les médecins. « *Il a fallu batailler avec les médecins pour leur faire accepter cette méthode de soins. C'est tout le monde qui a dû évoluer en même temps, y compris les médecins* ». Elle ajoute aussi que la mise en place de colloques entre les membres de l'équipe infirmière et les membres de l'équipe médicale au sujet des soins de développement pourrait favoriser l'intégration de la méthode dans le service et ainsi améliorer la pratique de ces soins.

Selon Hendricks-Muñoz et Prendergast, 44% des infirmières estiment que les parents ne sont pas assez impliqués dans les soins thérapeutiques liés à l'environnement¹⁰⁸. Cette opinion rejoint celle de la personne ressource du canton de Vaud. Selon elle, des efforts doivent encore être faits pour que les parents soient vraiment partenaires. Elle trouve qu'il y a un manque d'information apporté aux familles et qu'il faudrait avoir un entretien avec elles pour leur expliquer différents éléments tels que l'organisation du service, leur rôle auprès du bébé en néonatalogie et à domicile, des conseils sur les comportements à adopter et des informations sur la prématurité. L'étude de Hendricks-Muñoz et Prendergast montre également que 93% des infirmières perçoivent les soins de développement comme nécessaires, mais 86% d'entre elles pensent que l'environnement où elles travaillent n'est pas optimal en raison des obstacles liés à l'amélioration de l'environnement¹⁰⁹. Cet élément a également été relevé par la personne ressource du canton du Valais.

B) Synthèse des entretiens exploratoires :

En définitive, les entretiens exploratoires menés auprès des personnes ressources du canton du Valais et de Vaud soulignent les aspects suivants :

Premièrement, les deux personnes ressources mettent l'accent sur certaines difficultés d'ordre organisationnel au niveau des relations pluridisciplinaires. Dans le canton de Vaud, des tensions sont apparues au sein de l'équipe, notamment la difficulté des médecins à approcher l'enfant parfois, ceci en raison du cycle de sommeil du bébé prématuré. Selon la personne ressource du canton

¹⁰⁵ Ce terme fait référence aux infirmiers(ères) chef(fes) et aux médecins chefs.

¹⁰⁶ HENDRICKS-MUÑOZ, K., PRENDERGAST CAROL, C. Barriers to provision of Developmental Care in the Neonatal Intensive Care Unit: Neonatal Nursing Perceptions. *American Journal of Perinatology* [en ligne]. 2007, Volume 24, N° 2, 71-77.

¹⁰⁷ Ibid.

¹⁰⁸ Ibid.

¹⁰⁹ Ibid.

du Valais, des tensions ont été également relevées relatives à l'heure de la visite médicale essentiellement. En effet, cette dernière n'est pas fixe et il n'y a pas une équipe médicale spécifique à la néonatalogie, le service de pédiatrie étant également desservi par les mêmes médecins. Ainsi, des tensions peuvent survenir entre les infirmières et les médecins par rapport au respect du rythme du bébé. Cette personne ressource insiste en plus sur des difficultés d'ordre structurel dans les locaux. En effet, malgré le fait que le matériel nécessaire pour les soins de développement (couvertures pour les isolettes, coussins de positionnement par exemple) soit suffisant, il subsiste, selon elle, un grand manque : un lieu pour que les parents puissent prendre leur enfant en kangourou. Elle relève également que le manque d'intimité des parents engendre des difficultés pour les infirmières à organiser ce soin dans le service du fait du peu de place et de l'absence d'endroit approprié pour ce soin. De plus, les deux personnes ressource interrogées soulignent le manque de formation et d'information sur les soins de développement du personnel soignant, ce qui rend cette pratique différente d'une infirmière à l'autre. Par conséquent, cela peut engendrer des tensions par rapport au degré différent de volonté des infirmières à utiliser ces soins. En effet, ces derniers demandent de la part des infirmières de la rigueur et un accord de leur part à changer. Les personnes ressources font aussi état d'une difficulté par rapport au manque de documents écrits et d'information sur les soins de développement (pas de protocole¹¹⁰ bien défini à ce sujet).

Deuxièmement, les personnes ressources citent les relations positives rencontrées avec les parents grâce à l'application des soins de développement. Elles trouvent que l'intégration et la participation des parents durant les soins sont importantes. En outre, elles relatent l'importance que ceux-ci donnent aux soins prodigués à leur enfant et leur satisfaction quand les infirmières se préoccupent du bien-être du bébé. Les deux personnes ressources mettent également en avant la grande satisfaction professionnelle ressentie par l'infirmière lors de l'utilisation des soins de développement et lors du contentement des parents. La personne ressource du canton de Vaud insiste sur l'enseignement que l'infirmière peut apporter aux parents pour qu'ils prodiguent les meilleurs soins à leur enfant dans le respect et la connaissance des ses besoins. De plus, elle pense qu'avec les connaissances et en respectant le développement du bébé prématuré, la relation parent-enfant est plus intense. La personne ressource du canton du Valais, quant à elle, pense que les soins de développement « *humanise* »¹¹¹ la prise en charge et que cette dernière est ressentie positivement par les parents. Ils se sentent moins stressés et de ce fait, la relation avec l'infirmière est plus sereine. Aussi, elle pense que

¹¹⁰ Selon un téléphone datant du 26.05.2010 avec la personne ressource du canton de Vaud, les infirmières du service amènent actuellement des changements dans les protocoles de soins, en axant plus spécifiquement les interventions auprès des prématurés en fonction des soins de développement. En effet, les protocoles élaborés avant cette restructuration comprenaient des techniques de soins et des interventions basées sur le confort et l'hygiène de l'enfant, en intégrant quelques éléments des soins de développement. A l'heure actuelle, les protocoles sont établis par rapport aux interventions des soins de développement et concernent l'environnement (diminution du bruit, de la lumière, etc.) ainsi que les interventions spécifiques au développement. A noter que ces informations ne sont pas traitées dans ce travail car elles ont été récoltées après investigation auprès du terrain d'enquête.

¹¹¹ Ce terme sera abordé dans la suite du travail sous le chapitre 5 « Analyse ».

l'intégration des parents durant les soins favorise et améliore la relation parent-infirmière.

Troisièmement, les personnes ressources mettent en évidence les effets positifs des soins de développement sur le bébé. Selon elles, en respectant la manière dont on manipule l'enfant, celui-ci est beaucoup plus calme. La personne ressource du canton de Vaud ajoute que l'enfant dormira mieux et le fait de le soigner en utilisant ces soins est essentiel. Celle du canton du Valais affirme : « *Le fait de faire attention au bien-être du bébé, à la façon dont tu le manipules, tu le touches, tu auras un bébé calme, détendu, qui ne pleure pas [...]. Le positionnement limite les postions vicieuses et cela va diminuer les conséquences futures* ». Enfin, selon elle, les soins de développement améliorent la prise en charge du bébé prématuré, favorisent un développement harmonieux de l'enfant et limitent les conséquences négatives dues à l'environnement néonatal.

C) Implantation auprès des deux terrains d'enquête :

Les soins de développement ont été introduits progressivement en Valais par l'intermédiaire d'une responsable qui présentait de nombreuses connaissances sur l'enfant et sur les soins de développement. L'implantation s'est donc faite, mais non sans difficulté compte tenu de la résistance de la part de certaines infirmières et de la difficulté d'application de certaines interventions comme la diminution du bruit et de la lumière. Cet obstacle était plutôt d'ordre personnel car certaines infirmières ne pouvaient travailler sans une lumière vive ou sans radio, par exemple. Selon la personne ressource du canton du Valais, le problème principal apparut donc dans le changement des habitudes du personnel soignant mais avec le temps, cet obstacle a pu être dépassé et les soins de développement (lumière, bruit, positionnement, méthode kangourou, intégration des parents dans les soins et gestion de la douleur) ont pu être intégrés dans le service.

En ce qui concerne le service vaudois, l'implantation des soins de développement s'est faite progressivement. Selon la personne ressource du canton de Vaud, le service applique certains éléments des soins de développement depuis longtemps, mais elle relate que « *c'est seulement cette année qu'ils ont dit qu'ils étaient d'accord qu'on investisse, disons, qu'on essaie de mieux les appliquer* ». Dans ce service, il existe un groupe de travail « soins de développement » dont cette personne ressource fait partie. Il s'agit d'infirmières qui font des recherches et se renseignent sur ce qui touche les soins de développement.

Ma collègue et moi n'avons que peu d'informations sur le fonctionnement de ces deux services avant l'arrivée des soins de développement car ces derniers, comme cités plus haut, sont apparus au fur et à mesure au sein de l'unité et le développement des pratiques s'est fait progressivement.

3.3 Prise en charge infirmière en néonatalogie¹¹² :

La néonatalogie est une branche de la pédiatrie qui se consacre aux enfants de petits poids de naissance (poids inférieur à 2 500 grammes), soit dès leur naissance, soit lorsqu'ils développent des pathologies en maternité¹¹³.

Cette discipline a beaucoup évolué au fil du temps, c'est pourquoi nous trouvons important d'en relater un bref historique dans le point qui va suivre. L'évolution de l'intégration des parents dans les services y sera abordée ainsi que les rôles de l'infirmière en néonatalogie.

3.3.1 Histoire et évolution de la néonatalogie à travers le temps¹¹⁴ :

Les naissances prématurées existent depuis toujours mais ce n'est qu'en 1870 qu'on a commencé à s'intéresser aux bébés prématurés. En effet, suite à la guerre franco-russe qui a décimé une partie du peuple français, deux médecins obstétriciens, Tarnier S. (1828-1897)¹¹⁵ et Budin (1846-1907)¹¹⁶ ont cherché à diminuer la mortalité infantile afin de repeupler la France¹¹⁷. Ces deux médecins ont remarqué que les prématurés présentaient des difficultés à garder leur chaleur, c'est pourquoi ils ont eu l'idée de les placer dans des couveuses pour poussins. Conjointement à cela, on commença à donner du lait maternel aux bébés prématurés soit à la cuillère, soit par gavage. Cependant, comme de nombreux enfants mourraient d'infections, des mesures telles que le lavage des mains, la réfrigération du lait ainsi qu'une bonne hygiène des locaux furent instaurées.

En 1901, l'intérêt pour la prématurité est en plein essor et en 1923, à Chicago, la première pouponnière ouvre ses portes aux prématurés. En 1928, la première intubation est pratiquée et en 1940, l'administration d'oxygène aux bébés prématurés se répand largement. L'oxygénothérapie permet ainsi d'augmenter le taux de survie des bébés. Cependant, ce n'est que dans les années cinquante que le monde médical se rend compte que l'administration d'un taux élevé en oxygène provoque des lésions visuelles comme la cécité. C'est également durant cette période que le traitement des infections des prématurés avec des

¹¹² Les éléments ci-dessous sont tirés des deux références qui suivent : TREBAOL, G. La néonatalogie en histoire. In : *site de l'Association du Québec pour enfants avec problèmes auditifs* [en ligne]. 1-3. Adresse URL : <http://www.aqepa.surdite.org/revue/161.htm> & MARTEL, M.-J., MILETTE, I. *Les soins du développement : des soins sur mesure pour le nouveau-né prématuré*. Editions Du CHU Sainte-Justine : Montréal (Québec), 2006. 194 pages. ISBN : 2-89619-039-2.

¹¹³ CHANTELOT, D., GUY, B., LOUIS SALLE, B. *Néonatalogie*. Arnette 4^{ème} édition : France, 2003. 222 pages. ISBN : 2-7184-1055-8.

¹¹⁴ TREBAOL, G. La néonatalogie en histoire. In : *site de l'Association du Québec pour enfants avec problèmes auditifs* [en ligne]. 1-3. Adresse URL : <http://www.aqepa.surdite.org/revue/161.htm>

¹¹⁵ Date tirée du site : <http://www.pediatricincino.ch/allegato.asp?nome=2212007212954.pdf>

¹¹⁶ Ibid.

¹¹⁷ TREBAOL, G. La néonatalogie en histoire. In : *site de l'Association du Québec pour enfants avec problèmes auditifs* [en ligne]. 1-3. Adresse URL : <http://www.aqepa.surdite.org/revue/161.htm>

antibiotiques provoque chez eux des troubles auditifs allant jusqu'à la surdité, ceci lié à l'effet ototoxique (toxique pour l'oreille) des antibiotiques administrés. Enfin, durant cette même période, les traitements s'affinent et le taux de mortalité dû à l'immaturité des nouveau-nés prématurés diminue.

Reconnue par le Comité de pédiatrie américain (American Board of Pediatrics) en 1975, la néonatalogie devient une spécialité. Dès lors, les prématurés sont transférés dans des centres spécialisés où ils peuvent recevoir des soins de qualité (photothérapie, respirateur, etc.). En 1984, les scientifiques reconnaissent comme possible la sensation de douleur chez les prématurés. Grâce à cette constatation, certains soins sont prodigués sous anesthésie. Depuis ce moment, de grands progrès se sont profilés dans le contrôle de la douleur. On administre aujourd'hui des sédatifs aux enfants intubés par exemple. Au début du siècle, le taux de survie des bébés pesant entre 1'200 grammes et 1'500 grammes était de 15%. Cependant, ces enfants n'étaient pas suivis. Actuellement, le taux de survie de cette population s'élève à 85%. Toutefois, certains bébés présentent par exemple des troubles de l'apprentissage, des troubles visuels ou intellectuels, etc.

Aujourd'hui, les médecins réaniment des prématurés de 23 semaines. Le taux de survie a grandement augmenté mais le risque de complications futures reste bien réel. C'est pourquoi il est essentiel d'élargir le champ de la néonatalogie au niveau du suivi, afin d'assurer aux prématurés un avenir le plus harmonieux possible.

3.3.2 Histoire et évolution de l'intégration des parents en néonatalogie :

En premier lieu, il faut savoir que la présence des parents au sein des unités de néonatalogie a été acceptée progressivement à travers le temps. En effet, à l'époque de Tarnier S. et Budin, les mamans étaient les bienvenues et elles étaient même encouragées à allaiter. Ensuite, en 1901, les parents n'ont plus été acceptés auprès des enfants prématurés car leur présence augmentait les risques d'infections selon les spécialistes de l'époque. Cet élément a été déclaré comme non fondé quelques années plus tard, mais il a eu pour conséquence l'absence des parents auprès de leur enfant jusqu'aux environs des années 1970¹¹⁸. Aujourd'hui, d'importants progrès ont été effectués en médecine périnatale et la préoccupation la plus importante reste la création du lien parent-enfant¹¹⁹. Par ailleurs, les parents sont encouragés à rendre visite à leur bébé durant son hospitalisation et ils sont également incités à participer aux soins dans le but de renforcer le lien parent-enfant et de leur permettre de développer des compétences dans la prise en charge de leur enfant (soins d'hygiène, allaitement, évaluation de la douleur, communication, etc.). Le partenariat avec

¹¹⁸ TREBAOL, G. La néonatalogie en histoire. In : *site de l'Association du Québec pour enfants avec problèmes auditifs* [en ligne]. 1-3. Adresse URL : <http://www.aqepa.surdite.org/revue/161.htm>

¹¹⁹ SIZUN, J. [et al.]. Le NIDCAP, programmes de soins centrés sur l'enfant et sa famille. *Les Dossiers de l'Allaitement* [en ligne]. 2001, n°48, 1-2. Adresse URL : <http://www.llfrance.org/Dossiers-de-l-allaitement/da-48-le-nidcap-programmes-de-soins-centrés-sur-l-enfant-et-sa-famille>

les parents est indispensable selon les deux personnes ressources du canton de Vaud et du canton du Valais. Il faudrait donner aux parents des informations pour encourager leur relation avec le bébé.

Enfin, par rapport aux soins de développement, il faut noter que Als Heidelise mentionne, en 1986, l'importance de l'implication des parents dans les soins prodigués à leur enfant¹²⁰. Cet élément est considéré comme un des objectifs spécifiques des soins de développement. De plus, Oehler [et al.] indiquent que la présence ainsi que l'investissement des parents auprès de leur enfant sont la clé du succès de la prise en charge à travers les soins de développement¹²¹. Pour finir, certains auteurs évoquent l'importance d'aider les parents à mieux comprendre les comportements de leur enfant¹²².

3.3.3 Rôles de l'infirmière en néonatalogie¹²³ :

La présence de l'infirmière en néonatalogie est primordiale car elle illustre la professionnelle de la santé la plus présente auprès du nouveau-né prématuré et elle est directement concernée par le bien-être de ce dernier. De plus, elle interagit le plus souvent avec lui ainsi qu'avec sa famille. Enfin, en collaboration avec les médecins, l'infirmière permet à l'enfant de tendre vers un développement harmonieux.

La mission première de l'infirmière en néonatalogie consiste à faciliter la transition du nouveau-né prématuré du milieu intra-utérin au milieu extra-utérin, en exploitant de la meilleure façon possible ses compétences professionnelles et dans le but d'assurer la croissance et le développement de l'enfant au sein du service de néonatalogie. La promotion de la qualité des soins dispensés au prématuré au cours de son hospitalisation prend ici toute son importance. L'infirmière qui travaille en néonatalogie doit remplir plusieurs rôles, dont un qui constitue le fondement essentiel des soins infirmiers de qualité : la relation thérapeutique. Afin de construire cette relation, l'infirmière doit être à la fois proche de l'enfant et de sa famille, mais aussi assez détachée pour considérer leurs propres besoins et sentiments.

¹²⁰ ALS, H., 1986. *A synactive model of neonatal behavioral organization : framewrok for the assessment of neurobehavioral development in the premature infant and for support of infants and parents in the Neonatal Intensive Care Environment*. Citée par MARTEL, M.-J., MILETTE, I. *Les soins du développement : des soins sur mesure pour le nouveau-né prématuré*. Editions Du CHU Sainte-Justine : Montréal (Québec), 2006. 194 pages. ISBN : 2-89619-039-2.

¹²¹ OEHLER, J.-M. [et al.], 1991. *Beyond technology : meeting developmental needs of infants in the NICU's*. Cités par MARTEL, M.-J., MILETTE, I. *Les soins du développement : des soins sur mesure pour le nouveau-né prématuré*. Editions Du CHU Sainte-Justine : Montréal (Québec), 2006. 194 pages. ISBN : 2-89619-039-2.

¹²² BRAZELTON, T.-B., NUGENT, J.-K. 1995. *The Neonatal Behavioral Assessment Scale*. Cités par MARTEL, M.-J., MILETTE, I. *Les soins du développement : des soins sur mesure pour le nouveau-né prématuré*. Editions Du CHU Sainte-Justine : Montréal (Québec), 2006. 194 pages. ISBN : 2-89619-039-2.

¹²³ DONNA L., WONG. *Soins infirmiers en pédiatrie*. Editions Etudes Vivantes : Québec, 2002. 820 pages. ISBN : 2-7607-0657-5 & MARTEL, M.-J., MILETTE, I. *Les soins du développement : des soins sur mesure pour le nouveau-né prématuré*. Editions Du CHU Sainte-Justine : Montréal (Québec), 2006. 194 pages. ISBN : 2-89619-039-2.

Les autres rôles de l'infirmière en néonatalogie en lien avec les soins de développement sont les suivants¹²⁴:

➤ *Défenseuse des droits et soins de l'enfant et de la famille :*

L'infirmière a la responsabilité de l'enfant et de sa famille. Elle doit être présente pour aider les parents à faire des choix éclairés pour le meilleur intérêt du prématuré. De plus, la soignante doit garantir que ce dernier reçoive les meilleurs soins. Ainsi, en utilisant les soins de développement dans la prise en charge du nouveau-né prématuré, l'infirmière donne à l'enfant et à sa famille la possibilité de recevoir des soins de qualité. Enfin, ce rôle est important car cette professionnelle de la santé constitue le lien vital dans la triade nouveau-né, parents et équipe soignante.

➤ *Soignante :*

Ce rôle est pleinement présent dans un service de néonatalogie car il revient à l'infirmière de dispenser la majorité des soins au prématuré. Par ailleurs, cette fonction fait d'elle une soignante unique dans la promotion des soins de développement. Comme l'infirmière adopte cette approche, elle devient la personne la plus présente auprès du nouveau-né prématuré, elle peut structurer son environnement et possède donc une vision holistique (globale) de l'enfant. Elle peut ainsi prodiguer des soins en veillant non seulement au bien-être du nouveau-né prématuré, mais également à celui de la famille. Cet élément est important car cette période de la vie de l'enfant est stressante pour lui, mais également pour son entourage.

➤ *Coordinatrice des soins :*

L'infirmière coordonne des soins lorsqu'elle apprend aux familles et aux membres de l'équipe soignante différents aspects des soins de développement. De plus, étant consciente des besoins fondamentaux de l'enfant, elle coordonne la prise en charge du nouveau-né en fonction de ses rythmes d'éveil et de sommeil. De ce fait, elle regroupe ses soins afin de déranger au minimum l'enfant. En cas d'impossibilité, elle tente de minimiser au mieux les interventions néfastes et les dérangements subis par les nouveau-nés prématurés. Par ailleurs, l'infirmière collabore et coordonne les soins du nouveau-né en fonction des activités des autres professionnels. Pour cela, seule une approche pluridisciplinaire permet de garantir des soins holistiques à l'enfant, c'est-à-dire des interventions qui prennent en compte les besoins du bébé ainsi que ceux des parents. De plus, il est important que l'infirmière en néonatalogie connaisse ses limites et ses forces et collabore avec tous les professionnels de la santé afin de garantir des interventions de qualité ainsi qu'une pratique appliquée des

¹²⁴ DONNA L., WONG. *Soins infirmiers en pédiatrie*. Editions Etudes Vivantes : Québec, 2002. 820 pages. ISBN : 2-7607-0657-5 & MARTEL, M.-J., MILETTE, I. *Les soins du développement : des soins sur mesure pour le nouveau-né prématuré*. Editions Du CHU Sainte-Justine : Montréal (Québec), 2006. 194 pages. ISBN : 2-89619-039-2.

soins de développement. Enfin, l'infirmière se place au centre de la prise en charge et occupe donc une place essentielle, afin de pouvoir, comme mentionné ci-dessus, satisfaire les besoins de l'enfant et de sa famille et prodiguer des soins de qualité.

➤ *Soutenante :*

Grâce à un soutien approprié, l'infirmière permet de répondre aux besoins émotionnels de l'enfant ainsi que de sa famille. Une écoute attentive et des conseils peuvent permettre aux parents de traverser plus facilement cette période stressante de leur vie. Enfin, la présence physique, le contact et les signes non-verbaux de l'infirmière (attitude, gestes, présence, etc.) sont des manières d'apporter un soutien au prématuré.

➤ *Leader :*

L'infirmière prend ce rôle lorsqu'elle se fait porte parole du nouveau-né et de sa famille dans l'équipe soignante. En outre, elle assume pleinement ce rôle quand elle contribue à la diffusion de l'approche des soins de développement.

➤ *Enseignante :*

En néonatalogie, une des fonctions de l'infirmière consiste à aider les parents à identifier et à comprendre les comportements de leur enfant. De plus, son rôle d'enseignante s'accroît quand elle aide les parents à s'intégrer aux soins du nouveau-né prématuré. C'est donc elle qui dispense à la famille un enseignement sur les comportements que leur enfant peut développer en fonction de l'environnement (signes de stress, signes d'adaptation, etc.). Elle permet également de rendre sensibles les collègues et les étudiants par rapport aux soins de développement et de constituer un modèle pour eux. L'intégration des parents aux soins a été relevée par la personne ressource du canton de Vaud qui affirme : « *L'enseignement auprès des parents se fait dans le service. Pour ma part, tout ce que je fais avec l'enfant, je l'enseigne aux parents, [...] je leur explique quelques fois et j'essaie de continuer. Peut-être que certains parents vont continuer, peut-être que d'autres pas. [...] ».*

4. Méthodologie

4.1 Hypothèses de la recherche :

« Quel est le vécu professionnel de l'infirmière face à l'utilisation des soins de développement en néonatalogie, dans la prise en charge des nouveau-nés prématurés ? », tel est le questionnement de recherche de ma collègue et moi-même. Suite aux lectures de la littérature portant sur les soins de développement et aux entretiens exploratoires effectués dans les cantons du Valais et de Vaud, les hypothèses suivantes ont pu être élaborées :

Hypothèse 1 : La pratique et l'application des soins de développement sont contraignantes pour les infirmières.

La philosophie des soins de développement consiste à respecter le rythme de l'enfant en regroupant les soins lorsque ce dernier est en état d'éveil, et de diminuer les sources de surstimulations par diverses techniques, afin de favoriser le développement harmonieux du prématuré. Selon les deux personnes ressources du canton du Valais et du canton de Vaud, la pratique de ces soins entraîne des difficultés pour les infirmières.

D'une part, la pratique et l'application des soins de développement requièrent la volonté de chaque infirmière car non seulement les soins doivent s'adapter aux états d'éveil et aux signes de stress du prématuré, mais le travail quotidien doit aussi se modifier pour diminuer les sources de stimulation, impliquant peut-être davantage de travail et d'aménagements. De plus, certaines infirmières n'auraient pas une pratique rigoureuse des soins de développement par un manque d'ouverture au changement ou par manque de connaissances de ces soins. La littérature relève également les difficultés des infirmières et fait état que ces dernières ont besoin de temps pour changer leurs attitudes, pour se sentir plus à l'aise et être ainsi plus satisfaites de cette philosophie de soins. En outre, Mambrini [et al.] relatent bien les difficultés liées à la volonté des infirmières car une grande résistance au changement a été observée chez les soignantes lors de l'implantation des soins de développement à l'hôpital de Brest¹²⁵. D'autre part, les personnes ressources constatent un manque d'écrits et d'informations qui pourrait poser des problèmes pour les infirmières car sans protocole établi, elles adaptent la théorie des soins de développement en fonction de leur sensibilité personnelle et sans organisation préalable. Enfin, les infirmières n'ayant pas reçu de formation pourraient rencontrer plus de difficultés dans

¹²⁵ MAMBRINI, C. [et al.]. Implantation des soins de développement et comportement de l'équipe soignante. *Archives de Pédiatrie* [en ligne]. Mai 2002, Volume 9, Suppl. 2, 104-106. Adresse URL : http://www.sciencedirect.com/science?_ob=ArticleURL&_udi=B6VKK-46WV6C5H&_user=6563152&_rdoc=1&_fmt=&_orig=search&_sort=d&_view=C&_acct=C000070070&_version=1&_urlVersion=0&_userid=6563152&md5=a16774d1eab9e3c2a9cf26c66fe910b

l'application des soins de développement, ne disposant pas de la théorie complète pour une mise en pratique adéquate et rigoureuse.

Afin de vérifier cette hypothèse, notre grille d'entretien contient l'objectif de recherche suivant : « Identifier et considérer les facilités et difficultés de l'infirmière au niveau de la pratique et dans l'application des soins de développement », dans lequel quatre questions principales ressortent. Tout d'abord, une définition des soins de développement et des notions qui s'y rattachent sont demandées aux infirmières, dans le but de découvrir leurs connaissances sur ce concept de prise en charge. Ensuite, il leur est demandé de se positionner face à ces soins afin d'avoir leur opinion sur l'utilité et l'efficacité de ces soins et par la même de leur adhésion à ces derniers. Puis, les facilités et les difficultés des infirmières dans leur organisation journalière avec les soins de développement sont identifiées pour connaître leur prise en charge quotidienne des prématurés. Enfin, les soignantes sont questionnées sur leur vécu professionnel afin de cerner leurs besoins et de connaître les améliorations qu'elles proposent.

Hypothèse 2 : La pratique des soins de développement implique une relation plus difficile avec le personnel soignant pour les infirmières.

Les soins de développement demandent une prise en charge pluridisciplinaire des prématurés au travers d'une collaboration entre les membres de l'équipe infirmière d'une part, et d'autre part entre les infirmières et les médecins.

Premièrement, selon les deux personnes ressources, la pratique des soins de développement engendrerait des tensions entre les membres de l'équipe infirmière. Elles font état de difficultés d'ordre relationnel entre les soignantes par rapport à leur degré différent de volonté à appliquer ces soins. En effet, cette philosophie demande de la rigueur de la part des infirmières et un accord de leur part à changer. De plus, selon les personnes ressources, il est important que toutes les soignantes aillent dans le même sens.

Deuxièmement, celles-ci expliquent qu'il existe certaines tensions entre le personnel médical et infirmier. Elles affirment que ces difficultés proviennent souvent des heures auxquelles les médecins font la visite médicale auprès des prématurés. Selon la personne ressource du canton de Vaud, les médecins ont eu parfois de la difficulté à approcher l'enfant, ceci en raison du cycle de sommeil du bébé. En effet, certaines infirmières du service vaudois ne laissaient parfois pas approcher le médecin du bébé prématuré afin de favoriser le sommeil de ce dernier, ce qui pouvait être source de tensions pour les médecins. Quant à la personne ressource du canton du Valais, elle explique que ces difficultés sont souvent engendrées par les heures choisies des médecins pour la visite médicale, heures qui ne conviendraient parfois pas à l'état de l'enfant, celui-ci étant en phase de repos. Elle relate également des difficultés entre l'équipe médicale et infirmière du fait que les soignantes ont du mal à faire accepter la méthode des soins de développement par les médecins. En effet, cette philosophie implique un projet commun pour tous les membres de l'équipe. Cette difficulté d'intégration des soins pour les médecins peut donc être source de tensions. Hendricks-Muñoz et Prendergast explicitent bien ces obstacles aux

soins de développement dans un article¹²⁶. Ils indiquent que les infirmières percevaient leurs collègues infirmières et médecins comme les obstacles majeurs à l'apport des soins de développement. Cet article souligne également que des colloques entre les infirmières et les médecins pourraient améliorer la pratique des soins de développement¹²⁷. Cet élément est repris par les deux personnes ressource qui trouvent que des colloques réunissant les infirmières et les médecins pourraient favoriser l'intégration de cette méthode dans les services.

Les éléments cités ci-dessus nous ont permis, à ma collègue et moi, d'élaborer l'objectif de recherche de notre grille d'entretien, à savoir « Identifier et apprécier les facilités et les difficultés de l'infirmière au niveau relationnel avec l'équipe pluridisciplinaire, les parents et les prématurés dans l'utilisation des soins de développement ». Ce dernier va donc nous permettre de vérifier cette hypothèse par le biais d'une question principale concernant les relations que les infirmières entretiennent avec l'équipe infirmière d'une part et avec l'équipe médicale d'autre part. Cette question nous permet donc de savoir comment les soignantes vivent la collaboration dans l'application et la pratique des soins de développement, ceci dans le but de déterminer si des tensions existent au sein de l'équipe. En outre, cette question vise à recenser chez les infirmières les différents obstacles qu'elles peuvent rencontrer et les améliorations qu'elles proposeraient pour promouvoir l'application des soins de développement dans l'équipe pluridisciplinaire.

Hypothèse 3 : La pratique des soins de développement implique une relation plus facile avec les parents et les prématurés pour les infirmières.

Les rôles de « soutenante » et d'« enseignante » des infirmières en néonatalogie constituent des fonctions essentielles dans l'application des soins de développement. Le soutien des soignantes importe par rapport aux besoins émotionnels de l'enfant et de ses parents. La fonction d'enseignante offre à la famille une meilleure compréhension de leur bébé et une meilleure confiance en leurs capacités. Ainsi, les soins de développement permettent une prise en charge globale et « humanisée » du prématuré ainsi que de ses parents, comme l'affirment les personnes ressources interrogées. De plus, ils présentent des avantages pour les infirmières. En effet, ces dernières voient leur confiance augmentée par rapport à leur capacité à prendre en charge le bébé et ses parents. Elles entretiennent de meilleurs échanges et interactions avec ces derniers, se voient satisfaites professionnellement et procurent des soins de qualité¹²⁸. Les personnes ressources confirment ces propos en ajoutant que la satisfaction professionnelle est énorme quand l'enfant est calme et serein et quand les parents disent « merci ». En outre, selon ces dernières, les soins de

¹²⁶ HENDRICKS-MUÑOZ, K., PRENDERGAST CAROL, C. Barriers to provision of Developmental Care in the Neonatal Intensive Care Unit: Neonatal Nursing Perceptions. *American Journal of Perinatology* [en ligne]. 2007, Volume 24, N° 2, 71-77.

¹²⁷ Ibid.

¹²⁸ OEHLER, J-M. [et al.], 1991. *Beyond technology : meeting developmental needs of infants in the NICU's*. Cités par MARTEL, M.-J., MILETTE, I. *Les soins du développement : des soins sur mesure pour le nouveau-né prématuré*. Editions Du CHU Sainte-Justine : Montréal (Québec), 2006. 194 pages. ISBN : 2-89619-039-2.

développement améliorent la qualité de la prise en charge du bébé prématuré ainsi que de sa famille. D'ailleurs, la personne ressource du canton de Vaud relate : « [...] *de soigner l'enfant en utilisant les soins de développement, je trouve que c'est essentiel si l'on respecte le bébé [...] et les parents* ». Plus spécifiquement, par rapport aux prématurés, les deux personnes ressources affirment premièrement que les soins de développement contribuent à diminuer le stress du prématuré. Ainsi, ces derniers peuvent se dérouler dans de bonnes conditions et l'échange avec l'enfant en est amélioré. Deuxièmement, par rapport aux parents, les personnes ressources de l'hôpital valaisan et vaudois expliquent que le contentement de la famille constitue un indicateur essentiel dans la relation avec ces derniers en terme de satisfaction. Quant à l'intégration des parents aux soins de développement, la personne ressource du canton du Valais relate : « [...] *les soins de développement sont un changement positif et tellement gratifiant [...]. Pouvoir expliquer tout ce qu'on fait aux parents, qu'on fait attention à sa position, à son confort, c'est vraiment gratifiant, on n'est pas là que pour faire des soins techniques, c'est une autre dimension dans la prise en charge de l'enfant !* ». Enfin, la personne ressource du canton de Vaud trouve que l'enseignement est important et que le fait de voir les parents appliquer certaines pratiques des soins de développement procure de la satisfaction.

Afin de vérifier cette hypothèse, nous avons repris l'objectif suivant : « Identifier et apprécier les facilités et difficultés de l'infirmière au niveau relationnel avec l'équipe pluridisciplinaire, les parents et les prématurés dans l'utilisation des soins de développement ». Cet objectif se rattache à deux questions principales concernant premièrement la description de la prise en charge des infirmières par rapport aux prématurés et aux parents, thèmes que l'on a traités séparément. La deuxième question permet d'identifier l'influence des soins de développement dans la relation de l'infirmière envers l'enfant et ses parents. Enfin, elle donne un indicateur sur la satisfaction professionnelle ainsi que sur l'accomplissement personnel des infirmières.

4.2 Objectifs de l'étude :

Sur la base des hypothèses relatées ci-dessus, nous avons donc pu élaborer une grille d'entretien ciblée et ainsi définir les objectifs suivants :

- Identifier et considérer les facilités et difficultés de l'infirmière au niveau de la pratique et dans l'application des soins de développement.
- Identifier et apprécier les facilités et difficultés de l'infirmière au niveau relationnel avec l'équipe pluridisciplinaire, les parents et les prématurés dans l'utilisation des soins de développement.

4.3 Méthode qualitative :

L'analyse qualitative semble la plus pertinente pour cette recherche. En effet, la question de départ a pour but d'explorer le ressenti des infirmières, elle vise donc à comprendre des phénomènes internes à la personne. « Selon cette approche, les chercheuses essaient d'en savoir plus sur les expériences de vie des individus et sur la signification que ceux-ci y accordent »¹²⁹. La méthode qualitative permet ainsi une posture de découverte et d'ouverture face à la parole de l'autre. Comme l'exprime François Dépelteau : « soumettre une théorie et une hypothèse à des tests empiriques, c'est donc tout simplement aller voir dans la réalité si les phénomènes réels se comportent comme le chercheur l'a prédit au temps des conjectures »¹³⁰. La démarche quantitative s'appuie quant à elle sur des chiffres, des statistiques et, de ce fait, ne convient pas à une recherche centrée sur les effets internes d'une pratique des soins sur une population.

En outre, ce mémoire fait l'objet d'une étude comparative car ma collègue et moi conduisons notre recherche auprès de deux hôpitaux de Suisse romande en fonction des mêmes questions. En effet, le cadre conceptuel, les hypothèses de la recherche et la grille d'entretien sont communs à nos deux terrains d'enquête. De plus, un de nos objectifs d'apprentissage¹³¹ consiste à comparer les deux hôpitaux afin de cerner les similitudes et les différences dans l'application et dans la pratique des soins de développement des infirmières.

4.4 Outil d'investigation¹³² :

4.4.1 Entretien semi-directif :

Afin d'appréhender le vécu des infirmières face aux soins de développement, ma collègue et moi avons opté pour des entretiens semi-directifs.

Cette méthode d'investigation implique le recueil d'informations précises et authentiques permettant au chercheur de récolter des renseignements clairs sur les comportements, les opinions, les points de vue et les attitudes des individus sur un phénomène ou un sujet donné. De plus, il offre un échange plus riche grâce aux questions ouvertes ; l'individu possède donc une plus grande liberté d'expression. L'entretien semi-directif est l'outil le plus approprié car il permet

¹²⁹ LOISELLE, C., PROFETTO-McGRATH, J. *Méthode de recherche en sciences infirmières : Approches quantitatives et qualitatives*. Erpi : Québec, 2007, p. 58. ISBN : 978-2-7613-1869-6.

¹³⁰ DEPELTEAU, F. *La démarche d'une recherche en sciences humaines : de la question de départ à la communication des résultats*. Editions De Boeck Université : Bruxelles, 2003. p. 208. ISBN : 2-8041-3526-8.

¹³¹ Cf. point 1.6 « Objectifs d'apprentissage ».

¹³² LOISELLE, C., PROFETTO-McGRATH, J. *Méthode de recherche en sciences infirmières : Approches quantitatives et qualitatives*. Erpi : Québec, 2007. 591 pages. ISBN : 978-2-7613-1869-6.

d'obtenir de la part des individus des informations de l'ordre du ressenti. En effet, l'échange permet d'accéder à la compréhension du vécu qui peut être complétée par l'observation de l'attitude de la personne en face de soi, en atteignant la dimension non-verbale de la communication.

Au travers de la grille d'entretien, nous avons élaboré six questions ouvertes avec des relances pour chacune d'entre elles, dans le but de répondre à nos deux objectifs de recherche portant sur l'aspect pratique, puis relationnel des soins de développement. Par ailleurs, pour cerner l'application de ces soins, nous avons posé quatre questions principales aux participantes. Elles portaient sur la définition des soins de développement propre à l'infirmière interrogée, sur son positionnement par rapport à ce genre de prise en charge, sur les facilités ainsi que les difficultés qu'elle rencontre dans son organisation journalière, et pour finir sur son vécu professionnel au travers de ces soins. Ensuite, deux questions principales ont été posées pour cerner la qualité des relations par rapport aux soins de développement. La première portait sur les relations entre les membres de l'équipe infirmière d'une part, et celles de l'équipe infirmière et médicale d'autre part. Quant à la deuxième question, elle visait la description de la prise en charge des parents et des prématurés au travers des soins de développement, dans l'optique d'y mesurer la qualité relationnelle.

➤ *Avantages*¹³³ :

Ces entretiens ont constitué une ressource indispensable dans mon étude. En effet, ils m'ont permis de recueillir des données importantes relatives au ressenti infirmier face aux soins de développement et de ce fait, de répondre à ma question centrale de recherche.

L'avantage de ce type d'entretiens réside dans le fait que la personne interrogée s'est exprimée peut-être plus librement que dans un questionnaire. De plus, j'ai pu expliciter certaines questions parfois mal comprises et, selon les réponses apportées, j'ai demandé des précisions, voire même approfondi des thèmes intéressants abordés par les infirmières. Par ailleurs, j'ai fait preuve de souplesse et de faible directivité dans mes questions, ceci afin de favoriser l'expression des personnes interrogées. Je me suis appuyée entre autre sur plusieurs techniques, comme la reformulation, la validation et les signes non-verbaux, afin de clarifier certains propos, d'accorder de l'intérêt face à la parole de l'autre et de maintenir une ligne directrice dans mes questions. Comme l'expriment Pierre Paillé et Alex Mucchielli, « bien avant toute technique ou méthode, l'attitude face aux données est ce qu'il y a de plus fondamental, c'est-à-dire la disposition de l'esprit, la disponibilité à l'autre, le respect des témoignages [...] »¹³⁴.

¹³³ Comme ma collègue et moi avons effectué des entretiens dans des lieux différents, nous n'avons pas ressenti les mêmes avantages et limites par rapport aux entretiens. C'est pourquoi le « je » domine dans les points qui suivent.

¹³⁴ PAILLE, P., MUCCHIELLI, A. *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales*. Edition Armand Colin, 2^{ème} édition : Paris (Montparnasse), 2008, p. 161. ISBN : 978-2-200-35441-1.

➤ *Limites :*

C'est la première fois que j'effectuais des entretiens semi-directifs dans le cadre d'un mémoire. C'est pourquoi j'avais de l'appréhension au départ dans la façon de poser les questions et dans la manière de conduire un entretien, en ciblant la discussion, mais sans pour autant couper la parole à l'autre. De ce fait, je ne peux exclure que certaines questions furent mal formulées ou mal comprises par les soignantes. De plus, le fait de recueillir des informations auprès de sept infirmières dans un contexte particulier et de focaliser cette recherche sur un établissement hospitalier ne permet pas de généraliser les résultats. C'est pourquoi ce mémoire n'est représentatif que d'une partie restreinte de la population infirmière et ne prétend donc en aucun cas figurer parmi une recherche à large portée. Par ailleurs, je peux aussi distinguer les limites inhérentes à la méthode de récolte de données et celles dues aux conditions de l'application de cette technique. En effet, dans un travail de recherche, il faudrait idéalement conjuguer et réunir tous les facteurs¹³⁵ favorisant l'expression des personnes interrogées, ceux-là même que j'ai réunis tout au long de mes entretiens mais qui ont présenté cependant certaines limites, dont voici les principales :

- **Les facteurs matériels** (*lieu, temps à disposition, moment de l'entretien et enregistrement de l'entretien*) ont pu constituer une limite. Le facteur temps ne m'a pas posé problème, malgré la durée fixée à 30 minutes maximum par personne. Par contre, je ne peux affirmer que le moment était propice à chaque fois à la conversation car les infirmières avaient beaucoup de travail et peut-être moins l'esprit à répondre à mes questions. Malgré cette limite, j'ai trouvé que toutes s'appliquaient à me répondre de façon consciencieuse malgré le stress parfois ressenti. Par rapport à l'enregistrement des données, j'ai constaté quelques lacunes mineures en retranscrivant les entretiens. En effet, je n'ai pas compris certains mots en raison du bruit qui régnait à certains moments dans l'unité (passage d'un hélicoptère).

- **Les facteurs liés à l'enquêteur** (*relances qui influencent les réponses, expression non-verbale, compétences, etc.*) peuvent aussi constituer une limite. Il est tout à fait possible que j'aie influencé voire même biaisé mon étude par ma propre subjectivité et par mes interprétations personnelles ressenties lors des entretiens, même si j'ai essayé tant que possible de prendre du recul et de me placer en tant que chercheuse. De plus, l'intonation de ma voix et mon attitude ont pu orienter les réponses des infirmières.

- **Les facteurs liés à l'enquêté** (*expression verbale et non-verbale, impact psychologique du thème et connaissances, motivations, etc.*) sont à prendre en compte. En effet, mon étude peut présenter des lacunes relatives aux données que l'interviewé a voulu confier ou qu'il n'a pas su exprimer de façon adéquate

¹³⁵ Les facteurs déterminants pour un bon déroulement des entretiens sont les suivants : les facteurs matériels, les facteurs liés à l'enquêteur et les facteurs liés à l'enquêté. Ils sont tirés du document suivant : Responsable de module : SCHOEPP, C. *Entretiens et recherches en soins infirmiers*. Cours module 2808. Travail de Bachelor - Elaboration du projet. Filière soins infirmiers : Sion, février 2009.

afin de traduire ses pensées. Ces lacunes proviennent peut-être d'une mauvaise connaissance ou d'un mauvais accès au ressenti de la personne interrogée.

Pour finir, il est normal qu'une recherche présente ce genre de limites et ce, pour tout outil d'investigation faisant appel à des tierces personnes. C'est pourquoi, pour toutes les raisons évoquées plus haut, mon étude peut présenter certaines lacunes.

4.4.2 Construction de l'outil :

Une grille d'entretien a été élaborée en fonction des trois hypothèses et des objectifs de la recherche¹³⁶. Les questions y sont ouvertes et s'accompagnent de relances possibles en lien avec les différents concepts présentés dans le cadre conceptuel.

La première partie de cette grille est composée de questions d'ordre personnel, sorte de carte d'identité de l'interviewé. Dans la deuxième apparaissent des questions plus ciblées sur les soins de développement et sur le ressenti infirmier par rapport à l'organisation du travail avec ces soins, mais aussi à la qualité de la relation avec l'équipe soignante, les parents et les prématurés. Ci-dessous sont présentés le déroulement du pré-test et les réajustements effectués pour améliorer l'outil d'investigation.

➤ *Pré-test :*

La réalisation du pré-test de la grille d'entretien s'est faite auprès d'une infirmière d'un service de néonatalogie et de pédiatrie différent à celui du terrain de recherche. De plus, la soignante interrogée n'a pas fait partie du groupe cible de la recherche par la suite. Elle réunissait les critères demandés pour les entretiens semi-directifs définitifs et connaissait bien les soins de développement. De plus, elle pratiquait également ce genre de prise en charge du nouveau-né prématuré. Au terme du pré-test, elle a répondu aux deux objectifs de recherche. Par ailleurs, un regard a été porté sur les questions principales ainsi que sur les relances de la grille afin de voir si celles-ci couvraient les éléments du cadre conceptuel. Néanmoins, des éléments de la grille ont dû être réajustés.

- **Réajustements** : Après la réalisation du pré-test, il a été mis en évidence que certaines relances se présentaient comme une simple reformulation de la question principale et n'apporteraient rien de plus à cette dernière. Enfin, certaines questions ont dû être reformulées car elles n'étaient pas claires et posaient des problèmes de compréhension à l'interviewé.

¹³⁶ La grille d'entretien se trouve en annexe 4.

➤ *Déroulement des entretiens :*

La réalisation des entretiens s'est déroulée dans le courant du mois de décembre 2009 et début janvier 2010. Les sept personnes interrogées ont toutes reçu au préalable une lettre d'information avec le but de l'étude ainsi que ses conditions. Il a été également précisé que ceux-ci se dérouleraient dans un laps de temps de 30 à 45 minutes.

Les entretiens se sont déroulés à l'intérieur de l'hôpital, loin du bruit et des regards, dans une pièce du service de néonatalogie et de pédiatrie. Cette atmosphère m'a permis de récolter des informations de qualité (par rapport à l'enregistrement de l'entretien) et a contribué à garantir une ambiance confortable pour les interviewées.

Avant chaque interview, j'ai expliqué une nouvelle fois le contexte et les conditions inhérentes à l'étude, accompagnée de la lettre d'information afin de permettre à celles qui ne l'avaient pas consultée de la relire attentivement et de pouvoir ainsi poser des questions. De plus, j'ai récolté le consentement éclairé de chaque participante d'une signature et j'ai fourni quelques instructions sur le déroulement de l'entretien, dans l'optique d'obtenir une coopération optimale de la part des participantes.

Les entretiens ont été réalisés en référence à la grille d'entretien. Les questions ainsi que leurs relances ont été adaptées au regard des propos fournis par les personnes interrogées afin de couvrir les deux objectifs de la recherche. Chaque entretien a été soigneusement enregistré avec l'aide d'un magnétophone (avec l'accord de chaque participante) afin de permettre une retranscription rigoureuse des données recueillies. Le bon déroulement des entretiens a été obtenu en raison du lieu et du moment propices (le service de néonatalogie de mon terrain d'enquête était calme durant la passation des entretiens). Cela étant, l'infirmière que j'interrogeais pouvait se concentrer pleinement sur mes questions, pendant que sa collègue prenait en charge les prématurés dans le service de néonatalogie. Néanmoins, en plus des limites de l'entretien semi-directif une difficulté a été rencontrée, à savoir la présence du magnétophone. En effet, ceux-ci étant enregistrés intégralement, la présence du magnétophone a pu perturber ou gêner certaines participantes sur le contenu des réponses ou sur la façon de s'exprimer.

4.5 Echantillon :

J'ai entrepris un échantillonnage typique (ou raisonné) employant une technique non probabiliste, soit fondée sur le hasard et qui ne s'appuie pas sur la théorie des probabilités. Cette technique permet d'orienter l'étude sur un type de phénomènes ou sur des individus avec des caractéristiques communes¹³⁷.

4.5.1 Type et taille de l'échantillon :

La population interrogée concernait les professionnels infirmiers exclusivement (hommes et femmes confondus). Avec ma collègue je voulais mener des entretiens auprès d'infirmières car peu de littérature parle de leur ressenti face à l'utilisation des soins de développement. Mon échantillon comprend sept soignantes choisies par l'infirmière répondante pour mon travail, selon les critères demandés et la disponibilité des participantes. Par ailleurs, j'ai conscience qu'il n'est pas représentatif sur le plan suisse. Cependant, ma priorité consiste à connaître et à analyser le vécu d'un échantillon d'infirmières.

4.5.2 Critères de la population :

Les infirmières interrogées travaillent activement au sein d'un service de néonatalogie incluant les soins de développement dans la prise en charge des prématurés et ce, au moins à 50% d'activité. Elles doivent ainsi connaître ces soins et les inclure dans leur pratique professionnelle.

L'âge n'a pas été retenu comme critère pertinent contrairement aux années d'expériences. En effet, les infirmières sélectionnées ont une expérience d'au moins une année dans le service. Afin de faciliter l'exploitation des données et ainsi éviter des biais, les soignantes ne parlant pas le français ont été écartées de l'échantillon. Enfin, les participantes sont interrogées sur les prématurés exclusivement, donc des enfants en-dessous de 37 semaines d'âge gestationnel.

¹³⁷ LOISELLE, C., PROFETTO-McGRATH, J. *Méthode de recherche en sciences infirmières : Approches quantitatives et qualitatives*. Erpi : Québec, 2007. 591 pages. ISBN : 978-2-7613-1869-6.

4.5.3 Données de l'échantillon :

	Infirmière 1	Infirmière 2	Infirmière 3	Infirmière 4	Infirmière 5	Infirmière 6	Infirmière 7
Années d'expérience	23 ans	31 ans	24 ans	15 ans	19 ans	7 ans	10 ans
Entrée dans le service	5 ans	24 ans	24 ans	15 ans	18 ans	1 an	10 ans
Expériences professionnelles	23 ans de néonatalogie et de pédiatrie	23 ans de néonatalogie et de pédiatrie	24 ans de néonatalogie et de pédiatrie	15 ans de néonatalogie et de pédiatrie	19 ans de néonatalogie et de pédiatrie (1 an au CHUV)	7 ans de néonatalogie et de pédiatrie (6 ans au CHUV)	10 ans de néonatalogie et de pédiatrie
Utilisation des SD (soins de développement)	5 ans	5 ans	4-5 ans	7 ans	7 ans	4 ans	7 ans
Formation sur les SD	Non, expérience sur le terrain	Non, expérience sur le terrain	Non, expérience sur le terrain	Non, expérience sur le terrain	CAS ¹³⁸ de néonatalogie + expérience sur le terrain	Cours sur les SD au CHUV + expérience sur le terrain	Non, expérience sur le terrain
Age	46 ans	54 ans	48 ans	41 ans	42 ans	31 ans	35 ans

¹³⁸ Le CAS est l'abréviation de la formule : « Certificate of advanced studies ». C'est une formation post-grade de la HES-SO (Haute Ecole Spécialisée de Suisse Occidentale). Pour plus d'informations, voir le site suivant : Formation pratique : Certificate of advanced studies. In : *HES-SO : Haute Ecole spécialisée de Suisse occidentale* [en ligne]. 1-4. Adresse URL : <http://www.hes-so.ch/CMS/default.asp?ID=1385>.

4.6. Collaboration avec le terrain :

J'ai envoyé une lettre de demande d'enquête au mois de septembre 2009 à la directrice des soins au sein du RSV (Réseau Santé Valais) afin d'obtenir l'accord pour effectuer ma recherche dans le service de néonatalogie valaisan¹³⁹. Une réponse positive m'est parvenue au cours du mois de novembre 2009.

Une fois cette demande acceptée, j'ai transmis une lettre à la responsable de formation du terrain de l'enquête avec le but de l'étude, les critères de la population souhaités ainsi que le nombre d'infirmière nécessaire pour l'échantillon¹⁴⁰. Ainsi, elle a pu regrouper sept infirmières du service de néonatalogie et leur transmettre la lettre d'information de la recherche. Les numéros de téléphone de chaque infirmière m'ont été transmis et j'ai pu prendre contact avec chacune afin de fixer une date pour effectuer l'entretien. Cependant, vu la difficulté d'évaluer la charge de travail durant les jours fixés pour les entretiens, l'heure des entretiens n'a pu être fixée. C'est pourquoi, avant chaque entretien à effectuer, j'ai téléphoné dans le service et j'ai passé un accord l'interviewé afin de trouver un moment propice dans la journée, où il serait plus simple de réaliser l'entretien.

4.7 Principes éthiques et protection des données :

En vertu du respect des droits des participantes à l'étude et afin de garantir la qualité méthodologique de la recherche, je me suis basée sur le principe éthique suivant présenté dans la brochure de l'ASI¹⁴¹ :

- « La garantie du respect et de la dignité de la personne (l'autonomie, la fidélité et la confidentialité) »¹⁴².

Ce principe renvoie au fait que la personne participant à une recherche a le droit de demander les informations nécessaires pour une prise de décision sans contrainte. Elle a le droit de refuser de participer à la recherche ou de s'en retirer à tout moment.

Dans cette optique, nous avons, ma collègue et moi, informé les participantes sur le but de notre étude (obtention de notre diplôme d'infirmière et étude sur l'impact infirmier), sur le déroulement de l'entretien (durée, enregistrement) et sur leurs droits (possibilité de se retirer à tout moment de la recherche par exemple) dans une lettre explicative¹⁴³. De plus, nous avons joint à cette lettre

¹³⁹ La demande d'enquête au sein du RSV (Réseau Santé Valais) se trouve en annexe 5.

¹⁴⁰ La lettre envoyée à la responsable de formation se trouve en annexe 6.

¹⁴¹ Il existe deux autres principes éthiques décrétés par l'ASI (Association Suisse des Infirmières et Infirmiers), à savoir « faire le bien » et « la justice ». Cependant, dans cette recherche qui est de type exploratoire, ces deux principes ne paraissent pas assez importants pour être développés ici comme il s'agit d'une recherche initiale.

¹⁴² KESSELRING, A. [et al.]. *Les infirmières et la recherche : Principes éthiques*. ASI-SBK : Berne, 2008, p. 6-9.

¹⁴³ La lettre d'information de l'étude se trouve en annexe 7.

un formulaire de consentement éclairé afin de confirmer la compréhension et l'acceptation des conditions pour chaque participante¹⁴⁴. Le respect de ce principe est primordial car il garantit non seulement le bon déroulement de l'étude, mais également sa faisabilité ainsi que sa fiabilité. De plus, une fois le mémoire de fin d'études terminé, les données récoltées seront détruites pour garantir l'anonymat, mais également pour protéger les participantes. Enfin, ma collègue et moi-même certifions que l'ensemble du mémoire s'est déroulé dans le respect de la législation en matière de protection des données et des règles éthiques propres à notre site de formation, à savoir l'HES-SO¹⁴⁵.

¹⁴⁴ Un exemple du formulaire de consentement éclairé se trouve en annexe 8.

¹⁴⁵ L'ensemble du memento concernant cette législation se trouve dans le document suivant : INGOLD SCHULER, C. *Mémoire – Formation dans le domaine de la santé en HES-SO : memento concernant la législation en matière de protection des données et les règles éthiques*, novembre 2007. 9 pages.

5. Analyse

Ce chapitre fait appel à une méthode descriptive : l'analyse par thèmes. Par conséquent, « le chercheur va procéder à quelques lectures du corpus et mener un travail systématique de synthèse des propos »¹⁴⁶. L'analyse thématique comporte deux fonctions : celle de repérage qui consiste à relever tous les thèmes pertinents des entretiens en lien avec les objectifs de la recherche ; et celle de documentation qui consiste à éclaircir certains thèmes et à en relever les récurrences et les regroupements¹⁴⁷. Les thèmes choisis permettent donc de classer les propos des différents participants et de structurer le corps du chapitre « analyse ».

L'élaboration de l'analyse descriptive des corpus ci-dessous est traitée en regard de la problématique, du cadre conceptuel ainsi que de la méthodologie. Cette partie du mémoire de fin d'études constitue une étape-phare et essentielle dans l'atteinte des objectifs de la recherche, à savoir l'identification des facilités et difficultés de l'infirmière, d'une part dans la pratique et l'application des soins de développement, d'autre part dans sa relation avec les professionnels de la santé, les parents et les prématurés. Ces deux objectifs constituent le fil conducteur de toute la démarche d'analyse, établissent une cohérence avec le reste du travail et répondent à la question centrale de recherche.

Deux grands thèmes sont analysés et regroupés en fonction des hypothèses. Ils se subdivisent en sous-thèmes qui clarifient le thème analysé. En outre, différents sous-titres figurent dans chaque sous-thème et font ressortir l'idée générale soulignée par les infirmières.

5.1 Démarche préparatoire :

Après avoir interviewé sept infirmières dans chaque hôpital et enregistré leurs propos, ma collègue et moi avons effectué une retranscription minutieuse de tous les entretiens, c'est-à-dire que chaque mot, rire, silence et intonation a été inscrit. De plus, cette retranscription s'est faite directement après la réalisation des entretiens afin de ne pas perdre des données et d'éliminer le risque de transformation de propos.

Par la suite, plusieurs lectures de chaque entretien ont été entreprises dans le but de s'en imprégner et d'en intégrer les contenus du corpus. Puis il y eut un repérage des termes clés en lien avec les objectifs de la recherche et ceux sur lesquels les infirmières interrogées insistaient particulièrement. Le but de cette

¹⁴⁶ PAILLE, P., MUCCHIELLI, A. *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales*. Edition Armand Colin, 2^{ème} édition : Paris (Montparnasse), 2008, p. 161. ISBN : 978-2-200-35441-1.

¹⁴⁷ Ibid.

étape consiste à mettre en évidence les éléments en lien avec la recherche et à faire ressortir les passages importants du corpus, dans le but d'avoir un regard d'ensemble sur les propos des participantes et de permettre l'émergence de thèmes. Ainsi, une grille d'analyse¹⁴⁸ a été construite afin de faciliter l'exploitation des données.

5.2 Synthèse thématique :

Pour réaliser l'analyse de cette recherche, les deux objectifs du mémoire, les thèmes identifiés lors de la lecture des corpus et les questions principales posées lors des entretiens ont été relevées et mises en évidence dans le tableau synoptique ci-dessous. En effet, cela nous a permis, à ma collègue et moi, d'analyser les réponses de chaque participante par rapport aux différents thèmes identifiés. Ces derniers ont été insérés dans le tableau synoptique en fonction de la grille d'analyse et constituent le fil conducteur. Bien que nous étions ouvertes à l'émergence d'autres thèmes, aucun thème supplémentaire n'a été trouvé et n'apparaît donc au cours de l'analyse. Le tableau synoptique met en évidence les hypothèses et présente les thèmes, les sous thèmes, les objectifs ainsi que les questions principales de la grille d'entretien. En outre, certaines de ces questions ont été traitées séparément dans l'analyse en ce qui concerne la prise en charge des parents et des prématurés et la collaboration infirmière et médicale. Ces thèmes ont donc été abordés de façon individuelle, afin de faciliter l'exploitation des données en regard des nombreuses informations apportées.

¹⁴⁸ Un exemple de grille d'analyse a été inséré en annexe 9.

5.3 Tableau synoptique :

Thème 1	
Pratique et application des SD	
Objectif : Identifier et considérer les facilités et difficultés de l'infirmière au niveau de la pratique et dans l'application des soins de développement.	
Sous-thème	
SD : définition, objectifs, soins utilisés	
Questions : Pouvez-vous me définir votre notion de « soins de développement » ? Comment en avez-vous eu connaissance ? Pouvez-vous me donner votre positionnement par rapport à votre prise en charge infirmière des nouveau-nés prématurés avec les SD en termes d'utilité et d'efficacité des soins ?	
Sous-thème	
Organisation de l'infirmière	
Question : J'aimerais parler plus précisément de l'organisation des soins. Pouvez-vous me préciser les difficultés et les facilités que vous rencontrez dans votre organisation journalière par rapport aux SD ?	
Sous-thème	
Vécu professionnel	
Question : J'aimerais maintenant que vous m'expliquiez comment vous vous sentez dans votre rôle de professionnelle en utilisant les SD ?	
Thème 2	
Relations au travail et avec les usagers	
Objectif : Identifier et apprécier les facilités et difficultés de l'infirmière au niveau relationnel avec l'équipe pluridisciplinaire, les parents et les prématurés dans l'utilisation des SD.	
Sous-thème	
Collaboration/relation infirmières	
Question : J'aimerais également que vous m'expliquiez comment se passent les relations entre les membres de l'équipe infirmière par rapport aux SD.	
Sous-thème	
Collaboration/relation infirmières et médecins	
Question : J'aimerais également que vous m'expliquiez comment se passent les relations entre les membres de l'équipe infirmière et médicale par rapport aux SD.	
Sous-thème	
Prise en charge/relation avec les parents	
Question : Pouvez-vous me décrire votre prise en charge des parents au travers des SD ?	
Sous-thème	
Prise en charge/relation avec les prématurés	
Question : Pouvez-vous me décrire votre prise en charge des prématurés au travers des SD ?	

Hypothèse 1

Hypothèse 2

Hypothèse 3

5.4 Analyse des corpus :

L'analyse des données se divise en deux grandes parties selon les hypothèses de recherche et suit les thèmes présentés ci-dessus dans le tableau synoptique. Elle commence par l'analyse du vécu de l'infirmière par rapport à la pratique et à l'application des soins de développement. Ce thème est traité en regard de l'hypothèse 1 qui porte sur les contraintes de pratique et d'organisation des soins de développement pour les infirmières. En outre, il cible différents sous-thèmes concernant la définition que donnent les infirmières des soins de développement, leur organisation journalière des soins et leur vécu professionnel. Ensuite, le thème des relations des infirmières au travail et avec les usagers est abordé, thème qui se réfère aux hypothèses 2 et 3 portant sur l'aspect relationnel du travail de l'infirmière. Les sous-thèmes liés au thème 2 concernent la collaboration et les relations qu'entretiennent les infirmières entre elles dans la pratique des soins de développement ainsi que les relations qu'elles vivent avec les médecins, toujours dans l'application de cette méthode. Ils sont traités en regard de l'hypothèse 2. Enfin, les deux derniers sous-thèmes se réfèrent se réfèrent à l'hypothèse 3 et concernent la prise en charge des parents par les infirmières avec les soins de développement et leur relation avec eux, puis la prise en charge des prématurés par les infirmières au moyen de ces soins. Comme expliqué plus haut, l'ensemble des sous-thèmes sera en outre subdivisé par des sous-titres présentant les idées générales émanant des entretiens et se structurant le plus souvent selon l'organisation suivante : présentation des faits, interprétation et retour à la théorie, puis avis personnels.

Afin de simplifier la lecture de l'analyse suivante, les propos des participantes seront mis en italique et entre guillemets.

5.4.1 Pratique et application des soins de développement :

Hypothèse 1 : La pratique et l'application des soins de développement sont contraignantes pour les infirmières.

Thème 1
Pratique et application des SD
Objectif : Identifier et considérer les facilités et difficultés de l'infirmière au niveau de la pratique et dans l'application des soins de développement.

Le but de cette hypothèse et du thème cité ci-dessus consiste à savoir quelles difficultés et quelles facilités les infirmières rencontrent dans la pratique et dans l'application des soins de développement. Ce thème contient trois sous thèmes, à savoir la définition des soins de développement, l'organisation de l'infirmière et son vécu professionnel. Ainsi, ces derniers consistent à vérifier l'hypothèse 1 nommée plus haut.

5.4.1.1 Définitions des SD, objectifs et soins utilisés :

Sous-thème
SD : définition, objectifs, soins utilisés
Questions : Pouvez-vous me définir votre notion de « soins de développement » ? Comment avez-vous eu connaissance des soins de développement ? Pouvez-vous me donner votre positionnement par rapport à votre prise en charge infirmière des nouveau-nés prématurés avec les SD en termes d'utilité et d'efficacité des soins ?

➤ *Les soins de développement, une définition difficile pour les infirmières :*

La majorité des infirmières interrogées ont rencontré des difficultés à définir les soins de développement. En effet, la plupart ont pris du temps pour répondre et pour réfléchir à la question. Cependant, toutes ont su donner des éléments de définition de ces soins.

Les soignantes ont relevé que les soins de développement sont des soins qui visent à reproduire l'environnement intra-utérin de la mère de l'enfant jusqu'à ce que celui-ci soit à terme. Elles ont également souligné l'importance de recréer un environnement le plus proche possible de la vie intra-utérine afin de respecter le développement du prématuré. Par ailleurs, les soignantes ont mis le doigt sur un des éléments qui fait partie intégrante des soins de développement, à savoir le

respect du bien-être et du confort du nouveau-né prématuré. Voici plusieurs exemples de définitions données par les infirmières : « *Les soins de développement c'est tous les soins qui ne sont pas de la technique pure, qui sont nécessaires à l'enfant mais pas indispensables au niveau médical pur. C'est tout ce que l'infirmière peut faire en plus des soins techniques, pour le confort ainsi que le développement du prématuré* » ; « [...] *c'est des soins centrés sur l'enfant et sur ses besoins et non pas sur l'organisation infirmière et médicale* ». D'autres ont affirmé que les soins de développement sont une prise en charge globale qui respecte les rythmes de l'enfant dans le but de le protéger des agressions du monde extérieur, à savoir des surstimulations de l'environnement néonatal et de respecter son environnement. Une infirmière soulève, parmi d'autres : « *Les soins de développement permettent de protéger le bébé des agressions de l'environnement comme par exemple de la lumière et du bruit* ». Enfin, plusieurs infirmières ont affirmé que ces soins sont pour elles un concept assez vague et qu'elles ne savent pas précisément quoi y rattacher, à part le fait de reproduire, pour le prématuré, un environnement proche de la vie intra-utérine.

Le premier constat que je peux faire à travers ces témoignages, c'est qu'ils rejoignent les définitions présentes dans la littérature. En effet, Aita et Snider établissent les soins de développement comme « [...] un processus en constante évolution où les interventions individualisées des professionnels de la santé sont adaptées aux besoins du développement du nouveau-né prématuré »¹⁴⁹. En outre, les propos des infirmières interrogées tendent tous vers le fait de favoriser un développement harmonieux de l'enfant prématuré en réduisant les agressions de l'environnement néonatal. Ainsi, ces notions correspondent à la théorie car elles rejoignent les dires des deux auteurs ci-dessus mais également ceux des deux personnes ressources du canton du Valais et du canton de Vaud.

La deuxième constatation est que toutes les infirmières ont su donner une définition des soins de développement correspondant à la théorie, mais que certaines n'ont apporté qu'une notion approximative. Ce dernier élément s'est également révélé délicat pour ma collègue et moi-même. En effet, il nous a été difficile de donner une définition précise et complète des soins de développement car les différentes lectures entreprises dans la littérature abordaient des notions différentes de ces soins. C'est pourquoi, dans notre cadre conceptuel nous avons tenu à mettre plusieurs définitions, à savoir celles des auteurs de la littérature et celles des deux personnes ressources. Ainsi, ces différentes définitions comportent l'ensemble des éléments recensés dans la littérature.

Le troisième constat que je peux faire est qu'il a été difficile pour plusieurs soignantes de rattacher de manière précise les soins faisant partie du concept « soins de développement ». Cet élément m'a surpris car je m'attendais à ce que les infirmières travaillant quotidiennement avec ces soins me donneraient

¹⁴⁹ AITA, M., SNIDER, L., 2003. *The art of developmental care in the NICU : a concept analysis*. Cités par MILETTE, I., MARTEL, M.-J. *Les soins du développement : des soins sur mesure pour le nouveau-né malade ou prématuré*. Editions du CHU Sainte-Justine : Montréal (Québec), 2006, p. 78. ISBN : 2-89619-039-2.

aisément une définition et m'apporteraient plus de précisions sur ces derniers. Néanmoins, au fil des entretiens, je me suis rendue compte que les soignantes avaient des notions conformes aux éléments de la théorie, mais qu'elles ne les rattachaient pas consciemment au concept des soins de développement. En effet, en énumérant les différents soins et les notions faisant parties du concept, certaines infirmières étaient étonnées de constater que les soins comme la succion non-nutritive par exemple, se rattachaient au concept des soins de développement.

Selon moi, les infirmières de l'échantillon étaient conscientes de l'importance des soins de développement dans leur pratique professionnelle. En effet, elles ont mis en avant l'importance du respect du bien-être et du confort de l'enfant au détriment de l'organisation infirmière ainsi que médicale. De plus, toutes ont souligné le fait de reproduire pour le prématuré un environnement aussi proche que possible de celui de la vie intra-utérine. Cette mission infirmière se retrouve dans les différents rôles de l'infirmière en néonatalogie au travers des soins de développement. En effet, la mission première de l'infirmière en néonatalogie consiste à faciliter la transition du nouveau-né prématuré du milieu intra-utérin au milieu extra-utérin, en exploitant de la meilleure façon possible ses compétences professionnelles¹⁵⁰. Les éléments ci-dessus font partie de la conception de rôle infirmier que je me fais par rapport aux soins de développement. En effet, l'infirmière est au centre de la prise en charge du prématuré au travers de ces soins et se trouve ainsi la mieux placée pour favoriser son bien-être et pour faciliter sa transition du milieu intra-utérin au milieu extra-utérin. De plus, je trouve qu'il est indispensable que chaque infirmière qui travaille avec les soins de développement soit consciente de ce rôle, car c'est à elle que revient la mission d'aider le prématuré à se développer de manière harmonieuse.

Pour finir, malgré le fait que les infirmières étaient conscientes de l'importance de ces soins dans leur pratique, je pense qu'elles étaient partiellement conscientes des conséquences que peut avoir l'environnement néonatal sur la vie présente et future du nouveau-né prématuré. En effet, toutes ont souligné le fait de favoriser un développement harmonieux de l'enfant afin d'éviter que ce dernier ne développe plus tard des pathologies ou des troubles comme l'hyperexcitabilité ou la bradycardie, mais aucune n'a mentionné les effets à court et moyen terme possibles sur l'enfant d'un environnement inadéquat. Il serait donc important d'insister auprès des infirmières qu'un environnement mal adapté peut avoir des conséquences négatives à court, moyen et long terme sur l'enfant¹⁵¹. Cet ajustement permettrait de renforcer la sensibilité des soignantes par rapport aux soins de développement. Enfin, je trouve que les infirmières ont bien intégré la notion de soins de développement dans leur pratique professionnelle. Cependant, comme on l'a vu ci-dessus, certaines infirmières ne rattachent pas consciemment certains éléments du concept de ces soins dans

¹⁵⁰ DONNA L., WONG. *Soins infirmiers en pédiatrie*. Editions Etudes Vivantes : Québec, 2002. 820 pages. ISBN : 2-7607-0657-5 & MARTEL, M.-J., MILETTE, I. *Les soins du développement : des soins sur mesure pour le nouveau-né prématuré*. Editions Du CHU Sainte-Justine : Montréal (Québec), 2006. 194 pages. ISBN : 2-89619-039-2.

¹⁵¹ MARTEL, M.-J., MILETTE, I. *Les soins du développement : des soins sur mesure pour le nouveau-né prématuré*. Editions Du CHU Sainte-Justine : Montréal (Québec), 2006. 194 pages. ISBN : 2-89619-039-2.

leur pratique. Je pense donc qu'il est important qu'elles puissent différencier ces soins du reste de leur prise en charge afin de réaliser des actions conscientisées. Ce réajustement permettrait aux infirmières concernées de mieux intégrer l'ensemble des soins de développement dans leur prise en charge du nouveau-né prématuré.

➤ *Le confort et le développement harmonieux de l'enfant comme objectifs :*

Lors des entretiens, la totalité des infirmières ont souligné que l'objectif principal des soins de développement regroupe le confort et le bien-être du prématuré. Elles ont complété ces propos avec le fait que ces soins doivent permettre à l'enfant de se développer de façon harmonieuse et ceci dans les meilleures conditions possibles. Voici quelques exemples de citations : « *L'objectif principal de ces soins c'est vraiment le confort et le bien-être du bébé. C'est primordial pour moi* » ; « *L'objectif de ces soins c'est le bien-être du prématuré* » ; « *[...] Après le bien-être du bébé vient le respect de son développement. C'est pour moi les deux objectifs des soins de développement* ». Enfin, les infirmières ont mis en avant la prise en charge de la douleur : « *La prise en charge de la douleur, c'est tellement évident et du acquis pour moi* » ; « *Chaque fois qu'on fait un soin douloureux on utilise le glucose 30%, ça fait partie de la prise en charge du bébé* ».

Premièrement, je constate que les propos tenus par les infirmières de l'échantillon relatent les points principaux faisant partie des objectifs des soins de développement. En effet, Milette et Martel relatent que ces soins ont pour but d'aider et de soutenir chaque prématuré afin qu'il puisse développer des compétences (physiques, cognitives et comportementales) optimales ou autrement dit que son développement se fasse de manière harmonieuse¹⁵². Toutes les soignantes ont donc intégré la notion « d'aide au développement » dans leur prise en charge du prématuré. Ainsi, elles agissent quotidiennement dans un but d'aide et de soutien pour permettre au prématuré de se développer harmonieusement. De plus, il s'agit là d'une responsabilité importante pour l'infirmière. En effet, cette dernière est de favoriser les occasions d'améliorer les compétences de l'enfant ainsi que de réduire le stress inhérent à l'environnement présent dans l'unité néonatale.

Deuxièmement, je constate que les soignantes ont ressorti unanimement un objectif des soins de développement, à savoir le confort et le bien-être du prématuré. Pourtant, les objectifs relevés dans la théorie ne font pas état directement de la notion de confort de l'enfant mais la sous-entendent à travers le terme « développement harmonieux ». Je trouve donc important de relever que les notions de « confort et de bien-être » du nouveau-né prématuré ressortent comme les éléments les plus importants pour les infirmières dans l'application des soins de développement. En effet, ces notions ont été soulignées par l'ensemble des soignantes et retrouvées maintes fois au fil des questions des entretiens. Ainsi, j'ose avancer que les infirmières de l'échantillon

¹⁵² MARTEL, M.-J., MILETTE, I. *Les soins du développement : des soins sur mesure pour le nouveau-né malade ou prématuré*. Editions du CHU Sainte-Justine : Montréal (Québec), 2006. 194 pages. ISBN : 2-89619-039-2.

appliquent les soins de développement en ayant à l'esprit le confort de l'enfant et la notion « d'aide au développement » et que ceci prouve que ces deux éléments sont étroitement liés. Cette réflexion rejoint les dires d'une étude qui relate que l'élément central aux yeux des infirmières est de faire passer le bébé en premier¹⁵³. En outre, je constate que la prise en charge de la douleur constitue une notion importante pour les infirmières. En effet, pour favoriser le bien-être du prématuré les professionnels de la santé traitent la douleur ou tentent de la minimiser. Par ailleurs, la douleur chez le nouveau-né a beaucoup été explorée dans la littérature et elle a été pendant des années négligée, mais actuellement elle est reconnue par les équipes soignantes¹⁵⁴. Cet aspect est essentiel dans la prise en charge du prématuré car la douleur entraîne des signes de stress chez l'enfant. Cet élément est souligné par Als Heidelise : « [...] toute stimulation inadaptée, en qualité ou en intensité, entraîne des réactions de défense, de retrait et de fermeture, qui sont considérées comme des signes de stress [...] »¹⁵⁵. Dans un même sens, Milette et Martel soulignent qu'il est primordial pour les infirmières de demeurer attentives lors des manipulations de l'enfant et d'agir face aux signes de stress que peut présenter ce dernier¹⁵⁶. De plus, Sizun et ses collaborateurs relèvent que les soins de développement sont : « [...] un ensemble hétérogène d'interventions destinées à réduire le stress du nouveau-né prématuré [...] »¹⁵⁷. Cette définition reprend en outre le sens accordé à la notion de « diminution des signes de stress » qui sous-entend celle de « confort ». En effet, comme relaté dans le cadre conceptuel, l'ensemble des interventions des soins de développement vise à promouvoir le confort de l'enfant en diminuant toutes les surstimulations inutiles. Ainsi, on constate que la prise en charge de la douleur par les infirmières de l'échantillon est en lien direct avec leur objectif des soins de développement, à savoir le confort du prématuré et a une visée de prévention précoce.

¹⁵³ PREMJI, SS., CHAPMAN, JS., 1997. *Nurses' experience with implementing developmental care in NICUs*. Cités par WIELENGA, J.M., SMIT, B.J., UNK, L.K.A. How Satisfied Are Parents Supported by Nurses With the NIDCAP Model of Care for Their Preterm Infant? *Journal Nursing Care Quality* [en ligne]. 2005, Volume 21, n°1, 41-48.

¹⁵⁴ TREBAOL, G. La néonatalogie en histoire. In : *site de l'Association du Québec pour enfants avec problèmes auditifs* [en ligne]. 1-3. Adresse URL : <http://www.agepa.surdite.org/revue/161.htm>

¹⁵⁵ ALS, H., 1996. *Earliest intervention for preterm infants in the Newborn Intensive Care Unit*. Citée par MARTEL, M.-J., MILETTE, I. *Les soins du développement : des soins sur mesure pour le nouveau-né prématuré*. Editions Du CHU Sainte-Justine : Montréal (Québec), 2006, p. 59. ISBN : 2-89619-039-2.

¹⁵⁶ MARTEL, M.-J., MILETTE, I. *Les soins du développement : des soins sur mesure pour le nouveau-né malade ou prématuré*. Editions du CHU Sainte-Justine : Montréal (Québec), 2006. 194 pages. ISBN : 2-89619-039-2.

¹⁵⁷ SIZUN, J. [et al.], 2002. *Evaluation de l'impact médical des soins de développement*. Cités par *ibid*, p. 78.

➤ *Soins de développement, un concept intégré dans les soins :*

Les éléments ressortis des entretiens montrent que les infirmières du service pratiquent les soins de développement quotidiennement dans leur prise en charge des nouveau-nés prématurés. Plusieurs témoignages vont dans ce sens : « *On met en place quotidiennement plusieurs éléments du concept des soins de développement, comme la lumière, le bruit, le positionnement, la douleur, etc.* » ; « *Les soins de développement on les utilise le plus possible auprès du bébé et ça depuis maintenant environ cinq ans* » ; « *On prend en charge les prématurés avec les soins de développement depuis quatre ou cinq dans le service* ». De plus, au moment des entretiens, j'ai demandé aux infirmières de m'exposer les soins de développement qu'elles utilisaient dans leur pratique professionnelle. Ces soins concernent la diminution du bruit et de la lumière, le positionnement de l'enfant et la prise en charge du confort et du bien-être de l'enfant. Ensuite, les interventions spécifiques des soins de développement utilisées par les sept infirmières interrogées concernent celles abordées dans le cadre conceptuel¹⁵⁸.

A travers les éléments ci-dessus, on constate très bien que les soins de développement sont un ensemble hétérogène d'interventions, ensemble qui peut également évoluer à travers le temps¹⁵⁹. En effet, ces soins ne sont pas un protocole à suivre mais plutôt une méthode de soins que les infirmières doivent adapter en fonction du prématuré mais aussi en fonction du contexte de soins. Par ailleurs, les interventions des soins de développement qu'utilisent les soignantes de l'échantillon rejoignent les informations données par la personne ressource du canton du Valais et reprennent en partie les éléments du cadre conceptuel. En effet, les infirmières portent une attention particulière aux différentes sources de surstimulations présentes dans une unité néonatale. Cependant, une surstimulation n'est pas ressortie dans les entretiens, à savoir la surstimulation olfactive (odeurs de Bétadine®, d'alcool, parfums des professionnels, des parents, etc.). Toutefois, je ne pense pas que les infirmières du service ne font pas attention à cette surstimulation. Est-ce que cet élément est tellement acquis dans la pratique des infirmières en néonatalogie qu'il n'est pas ressorti lors des entretiens ? Ou encore, est-ce que je m'avance en pensant que les infirmières du service font attention à cette surstimulation ?

➤ *Les soins de développement, une efficacité et une utilité confirmées :*

Pour l'ensemble des infirmières, les soins de développement ressortent comme utiles et efficaces dans la prise en charge des nouveau-nés prématurés. Par ailleurs, elles ont également insisté sur le fait que ces soins devraient être appliqués systématiquement et qu'ils étaient essentiels pour l'enfant. Divers témoignages illustrent ces aspects : « *Les soins de développement sont très utiles et efficaces et on ne devrait plus travailler autrement qu'avec ces soins* » ; « *Les soins de développement sont utiles c'est sûr, respecter le sommeil de*

¹⁵⁸ Vous pouvez consulter le tableau des interventions pratiquées dans le service valaisan p. 23.

¹⁵⁹ MARTEL, M.-J., MILETTE, I. *Les soins du développement : des soins sur mesure pour le nouveau-né prématuré*. Editions Du CHU Sainte-Justine : Montréal (Québec), 2006. 194 pages. ISBN : 2-89619-039-2.

l'enfant, son confort, améliorer son rétablissement, c'est essentiel pour moi » ; « [...] Si j'étais maman, j'aimerais voir mon bébé bien installé dans sa couveuse. C'est pourquoi, je pense que ces soins sont vraiment importants » ; « Les soins de développement, bien sûr que c'est utile et efficace, on devrait plus que travailler avec ces soins. En plus, les soins de développement font partie intégrante de notre travail, c'est notre rôle ».

Premièrement, je remarque que les propos ci-dessus correspondent à ce qui est dit dans la littérature. En effet, j'ai pu relever plusieurs fois que les infirmières considèrent ces soins comme nécessaires et qu'elles sont satisfaites de ces derniers. Deuxièmement, ces témoignages rejoignent la conclusion vers laquelle convergent les recherches scientifiques démontrant que les effets des soins de développement sur les nouveau-nés prématurés, à savoir que la prise en charge à travers ces soins n'est plus optionnelle mais essentielle¹⁶⁰. Enfin, l'ensemble des lectures que j'ai effectuées sur le sujet m'ont convaincu de l'efficacité et de l'utilité des soins de développement dans la prise en charge des nouveau-nés prématurés, bien que des études soient encore nécessaires pour le démontrer.

Deuxièmement, comme constaté plus haut dans l'analyse, toutes les infirmières sont conscientes de l'importance d'appliquer les soins de développement au prématuré. En effet, en raison des nombreuses complications qu'un bébé peut développer à cause de sa prématurité, il est nécessaire de prendre en charge correctement et efficacement ce dernier afin d'améliorer ses chances de survie et de l'aider à poursuivre un développement harmonieux. Un élément qui se révèle important dans la notion de prévention des soins de développement par rapport à la vie future du prématuré.

¹⁶⁰ MARTEL, M.-J., MILETTE, I. *Les soins du développement : des soins sur mesure pour le nouveau-né prématuré*. Editions Du CHU Sainte-Justine : Montréal (Québec), 2006. 194 pages. ISBN : 2-89619-039-2.

5.4.1.2 Organisation de l'infirmière :

Sous-thème
Organisation de l'infirmière
Question : J'aimerais parler plus précisément de l'organisation des soins. Pouvez-vous me préciser les difficultés et les facilités que vous rencontrez dans votre organisation journalière par rapport aux SD ?

➤ *L'exiguïté du service, source de difficultés pour les infirmières :*

La totalité des infirmières ont affirmé que l'exiguïté des locaux ne favorisait en rien leur organisation. En effet, elles ont souligné que le manque de place implique par exemple des désagréments sonores pour le prématuré lors des déménagements des couveuses. Une infirmière souligne à ce propos : « [...] lorsqu'on doit déplacer un enfant ou encore sortir une couveuse du service, il y a tellement pas de place, des fois sans faire exprès on bouscule la couveuse d'à côté, ce n'est vraiment pas idéal ». De plus, elles ont mis en avant un manque flagrant d'intimité pour les parents afin qu'ils puissent prendre leur enfant tranquillement en kangourou. Certaines soignantes ont ajouté au manque de place, un défaut de système de rideaux pour isoler les couveuses des prématurés et ainsi procurer à la famille un peu d'intimité.

L'obstacle capital que relèvent ces témoignages vient des coûts. En effet, deux auteurs soulignent que les obstacles majeurs concernent l'équipe infirmière et médicale d'abord et les fonds accordés ensuite¹⁶¹. Toutefois, selon la personne ressource du canton du Valais, un projet d'agrandissement du service de néonatalogie est prévu d'ici quelques années. Je pense qu'une fois cet agrandissement effectué, l'organisation des infirmières s'en verra améliorée. Enfin, la totalité des infirmières ont mis en avant le besoin d'avoir plus de place et plus d'intimité pour les parents. Il s'agit pour toutes de l'aspect essentiel à améliorer afin de faciliter l'organisation au travers des soins de développement.

➤ *Le temps et la charge de travail, également source de difficultés pour les infirmières :*

Plusieurs infirmières ont relevé que certaines fois le manque de temps implique qu'elles se concentrent sur les tâches qu'elles doivent effectuer pendant leur horaire de travail et que de ce fait le respect des rythmes de l'enfant est relégué en deuxième position. Plusieurs témoignages vont dans cette direction : « [...] Je veux bien respecter au mieux les rythmes des bébés, mais il faut que j'arrive à m'organiser de façon à tout faire dans mon horaire de travail » ; « Certaine fois le temps manque donc tu organises ta journée en fonction des priorités ». De

¹⁶¹ HENDRICKS-MUÑOZ, K., PRENDERGAST CAROL, C. Barriers to provision of Developmental Care in the Neonatal Intensive Care Unit: Neonatal Nursing Perceptions. *American Journal of Perinatology* [en ligne]. 2007, Volume 24, N° 2, 71-77.

plus, certaines soignantes ont ajouté que quelques fois l'effectif de l'équipe pose problème dans leur organisation journalière. Voici quelques exemples de propos recueillis : « *Il y a des jours où il manque des infirmières ou la charge de travail n'est pas adaptée au nombre de collègues qui travaillent ce jour-là. Bien là, tu vas prendre les priorités et tu vas peut-être passer moins de temps auprès du bébé et le respect des soins de développement sera moindre parce que tu seras pressée* » ; « *Il y a des jours comme ça, tu planifies ta journée afin de respecter au mieux les soins de développement et à un moment arrivent les imprévus, et là tu dois réorganiser ta journée en fonction d'autres priorités et aussi en fonction de l'état de l'enfant par exemple, s'il se péjore* ».

Le constat qui découle des différents témoignages présentés ci-dessus relève que le manque de temps ou une charge de travail trop lourde font que l'infirmière doit réajuster ses priorités sans pouvoir toujours respecter les rythmes de l'enfant. Ainsi, on peut dire que la notion de temps influence l'organisation des soins et qu'elle va de pair avec la charge de travail. Cette problématique donne à réfléchir car si l'infirmière applique les soins de développement en n'ayant pas à l'esprit le respect du bien-être et du confort du bébé prématuré, la qualité des soins en pâtit. En effet, les soins de qualité dépendent de la disponibilité de l'infirmière mais également de l'implication qu'elle met à appliquer consciencieusement les soins. Ces éléments peuvent être reliés aux différents rôles de l'infirmière en néonatalogie au travers des soins de développement. En effet, un rôle important en lien avec les deux notions ci-dessus est celui de « défenseuse des droits et soins de l'enfant en néonatalogie ». L'infirmière doit garantir que tous les enfants reçoivent les soins de la meilleure qualité possible. Pour cela, elle utilise les soins de développement dans la prise en charge du nouveau-né prématuré. Cependant, on peut remarquer avec les témoignages ci-dessus que ce rôle est parfois difficile à exercer de manière minutieuse pour l'infirmière, en fonction des imprévus qui peuvent être relativement nombreux en néonatalogie (péjoration de l'état d'un enfant, accueil d'un parent, nouveaux patients, etc.). Le deuxième rôle important ici est celui de « coordinatrice des soins », rôle qui vise le fait que l'infirmière étant consciente des besoins fondamentaux de l'enfant, coordonne les soins du bébé en fonction de ses rythmes. Pour ce faire, elle regroupe ses soins afin de déranger au minimum l'enfant et ainsi respecter au mieux ses rythmes d'éveil et de sommeil et, si cela n'est pas possible, elle tente de minimiser au mieux les interventions néfastes et les dérangements subis par les nouveau-nés prématurés¹⁶². Ainsi, si l'infirmière ne peut assurer le regroupement des soins et le respect des rythmes du nouveau-né prématuré, ce dernier pourra subir des conséquences. En effet, selon Als Heidelise, le nouveau-né communique à travers son corps et réagit de manière spécifique aux différentes surstimulations qu'il perçoit dans son environnement¹⁶³. De ce fait, selon cet auteur, on peut observer chez le prématuré : « [...] des signes de stress qui reflètent la fragilité de son système

¹⁶² DONNA L., WONG. *Soins infirmiers en pédiatrie*. Editions Etudes Vivantes : Québec, 2002. 820 pages. ISBN : 2-7607-0657-5 & MARTEL, M.-J., MILETTE, I. *Les soins du développement : des soins sur mesure pour le nouveau-né prématuré*. Editions Du CHU Sainte-Justine : Montréal (Québec), 2006. 194 pages. ISBN : 2-89619-039-2.

¹⁶³ ALS, H., 1996. *Earliest intervention for preterm infants in the Newborn Intensive Care Unit*. Citée par MARTEL, M.-J., MILETTE, I. *Les soins du développement : des soins sur mesure pour le nouveau-né prématuré*. Editions Du CHU Sainte-Justine : Montréal (Québec), 2006. 194 pages. ISBN : 2-89619-039-2.

nerveux sensoriel, ainsi que sa difficulté à capter les renseignements venant de l'environnement et d'y répondre »¹⁶⁴. Encore une fois, je pense que le respect des rythmes de l'enfant mène à son confort et à son bien-être et qu'il est primordial dans la prise en charge de l'infirmière, ceci en raison des différentes conséquences que peuvent engendrer les surstimulations ainsi qu'une prise en charge mal adaptée au prématuré. Toutefois, je suis entièrement consciente que la notion de temps est une problématique présente dans de nombreux établissements hospitaliers. En effet, il y a des journées où tout ne se passe pas comme prévu. De plus, à cette notion de temps, s'ajoute la charge de travail. La quantité de travail peut fluctuer à tout moment de la journée et de ce fait les infirmières présentes dans le service peuvent se sentir débordées. Cependant, il faut noter que les infirmières du service ne semblent pas être trop déroutées face à ce manque de temps et par le fait qu'elles doivent gérer cette réorganisation de leur travail. En effet, elles savent que le monde de la néonatalogie est un monde fluctuant qui demande de la souplesse dans son organisation. En définitive, les infirmières de l'échantillon ont souligné le besoin d'une augmentation de l'effectif infirmier au sein du service. Divers témoignages illustrent ces diverses affirmations : « [...] *d'avoir plus de souplesse dans l'effectif car si pas assez d'infirmières, les soins de développement sont plus difficiles à mettre en place et le rythme de l'enfant est moins respecté* » ; « [...] *Ca serait nécessaire et agréable qu'il ait plus d'infirmières qui travaillent dans le service de néonatalogie* ».

➤ *L'état de l'enfant et les parents, source de difficultés pour les infirmières :*

Plusieurs infirmières ont relevé comme difficulté l'état de l'enfant, sa pathologie : « *Ton organisation avec les soins de développement va dépendre des situations, ça fait partie du quotidien, il y a des fois où tu arrives à tout faire et d'autres fois où tu n'arrives pas à tout faire* » ; « *La pratique des soins de développement n'est pas toujours possible, il faut que tu t'adaptes à l'état de l'enfant* ». Ensuite, certaines soignantes ont mis en avant le fait que les parents peuvent être une difficulté dans leur organisation journalière. Voici quelques exemples de témoignages : « *Il y a des fois où les parents ne peuvent pas être présents au bon moment pour nous* » ; « *Les parents peuvent être une difficulté parce qu'ils ne viennent pas au bon moment et donc le rythme du bébé n'est pas respecté* ». Par ailleurs, selon les infirmières, les parents se trouvent dans une situation où ils sont tellement heureux d'avoir eu un enfant qu'ils veulent être le plus possible près de lui et le prendre le plus souvent dans leurs bras. Ainsi, le respect des rythmes de l'enfant et le regroupement des soins apparaissent comme une difficulté dans l'application quotidienne des soins de développement.

Comme mentionné auparavant, l'application rigoureuse des soins de développement ne peut se faire en tout temps et cela en raison des imprévus présents dans une unité néonatale. En effet, grâce aux témoignages ci-dessus, on remarque que l'état de santé de l'enfant ainsi que la présence des parents

¹⁶⁴ ALS, H., 1996. *Earliest intervention for preterm infants in the Newborn Intensive Care Unit*. Citée par MARTEL, M.-J., MILETTE, I. *Les soins du développement : des soins sur mesure pour le nouveau-né prématuré*. Editions Du CHU Sainte-Justine : Montréal (Québec), 2006, p. 60. ISBN : 2-89619-039-2.

constituent des imprévus dont doit tenir compte l'infirmière. Ainsi, je constate, à travers ces propos, que les soins de développement ont certaines limites. Ces divers éléments font que l'infirmière en néonatalogie doit réadapter de manière constante ses soins et effectuer une évaluation continue des besoins du nouveau-né prématuré. C'est pourquoi Martel et Milette affirment qu'un soin n'est pas efficace constamment¹⁶⁵. Enfin, cette réadaptation et cette évaluation continues des soins en fonction de l'état de l'enfant font partie intégrante des différents rôles de l'infirmière en néonatalogie, ceci afin de cerner les besoins de chaque enfant prématuré. D'autre part, dissuader les parents d'arrêter de stimuler leur enfant en dehors des heures de soins constitue une tâche ingrate mais nécessaire. De plus, il est tout à fait légitime et normal pour les parents de toucher et de s'occuper de leur enfant. Cependant, je remarque que les besoins des parents envers leur enfant peuvent engendrer des difficultés à l'infirmière par rapport au respect des phases de repos du prématuré.

➤ *L'organisation du service et le matériel, deux difficultés en plus :*

D'une part, certaines soignantes ont souligné que l'organisation du service et de l'équipe médicale pose problème. En effet, selon elles, il est nécessaire d'avoir une organisation qui gravite autour des soins de développement et pour le moment ce n'est pas le cas dans le service. C'est pourquoi il leur est difficile certaines fois de coordonner leurs soins en fonction de l'organisation médicale et de respecter les rythmes de l'enfant. Elles ont également mis en avant qu'il serait important qu'il y ait une implantation plus complète des soins de développement dans le service. Plusieurs témoignages soulignent ces éléments : « [...] *il faut changer les sensibilités des personnes à ces soins, il faut que ça devienne une habitude, mais ces modifications sont en cours dans le service* » ; « [...] *Il est essentiel maintenant dans le service que l'organisation médicale soit réaménagé, il faut qu'elle se fasse autour des soins de développement* ». D'autre part, quelques infirmières ont mis l'accent sur des lacunes d'ordre matérielles : « [...] *il manque des couvertures qui couvrent l'entier de l'isolette et puis je sais qu'il existe des appareils sans fil, ça nous faciliterait beaucoup la tâche, vu que le service est déjà petit* » ; « *Il faudrait changer les appareils électriques et en avoir plus que sans fil, mais ça coûterait très cher de tout changer* ». Enfin, l'ensemble des infirmières s'entend pour dire que le matériel est suffisant mais que certains apports matériels faciliteraient grandement leur quotidien dans la prise en charge des enfants prématurés au travers des soins de développement.

Premièrement, concernant l'organisation du service, je rejoins les dires des infirmières, car selon moi, les soins de développement ne peuvent être appliqués de manière globale et efficace si les acteurs qui gravitent autour de l'enfant n'agissent pas dans la même optique de soins. Il serait donc important que l'organisation des infirmières et des médecins se fasse en fonction des soins de développement ou autrement dit en fonction des besoins de chaque prématuré.

¹⁶⁵ MARTEL, M.-J., MILETTE, I. *Les soins du développement : des soins sur mesure pour le nouveau-né prématuré*. Editions Du CHU Sainte-Justine : Montréal (Québec), 2006. 194 pages. ISBN : 2-89619-039-2.

Pour cela, il faudrait qu'il y ait un réaménagement de l'organisation du service, mais cela peut être très difficile à appliquer.

Deuxièmement, je constate que les infirmières du terrain d'enquête sont en partie satisfaites du matériel qui est à leur disposition mais que quelques améliorations seraient à apporter pour faciliter l'application des soins de développement et pour répondre encore mieux au confort du prématuré. Par ailleurs, cette méthode de soins préconise qu'on adapte l'environnement de l'unité néonatale au stade du développement du prématuré afin que ce dernier puisse finir de se développer de manière harmonieuse jusqu'à son terme. Ainsi, le matériel (couvertures de protection pour les couveuses, coussins de positionnement, etc.) permet aux soignantes de diminuer les surstimulations relatives à l'environnement néonatal et de favoriser le bien-être du nouveau-né prématuré. Donc, sans matériel adapté, cette modification de l'environnement néonatal se révèle plus difficile pour les infirmières. Aussi, je pense que l'obstacle majeur exposé auparavant dans le problème de l'exiguïté du service se rapporte ici encore à l'aspect financier.

Enfin, les améliorations misent en avant par les infirmières sont le besoin d'avoir du matériel électrique sans câbles et la nécessité d'avoir des couvertures adaptées aux couveuses afin que celles-ci couvrent l'entier de la couveuse et ainsi protège de manière efficace les bébés.

➤ *Une difficulté spécifique pour une infirmière :*

Une infirmière a souligné que pour elle la diminution de la lumière est difficile. En effet, elle éprouve des difficultés à travailler avec une lumière tamisée la nuit. C'est pourquoi, quand elle travaille seule, elle protège de manière rigoureuse les prématurés dans leur couveuse et laisse les lumières allumées. Cependant, quand elle travaille de nuit avec une collègue, elle doit alors faire un compromis avec cette dernière. Ce témoignage s'oppose à un élément présent dans une étude qui déclare : « La réduction de la lumière n'a pas été notée comme un élément défavorable pour leur travail par les soignants, même si le bénéfice est moins significatif »¹⁶⁶. Toutefois, il rejoint les propos de la personne ressource du canton du Valais qui rapporte que l'implantation des soins de développement s'est faite, mais non sans obstacle compte tenu de la résistance de la part de certaines infirmières ou de leur difficulté au niveau de certains éléments du concept comme la diminution du bruit et de la lumière. Pour elle, cette difficulté était d'ordre personnel comme le fait que certaines personnes ne peuvent pas travailler sans une lumière vive ou sans radio.

¹⁶⁶ MAMBRINI, C. [et al.]. Implantation des soins de développement et comportement de l'équipe soignante. *Archives de Pédiatrie* [en ligne]. Mai 2002, Volume 9, Suppl. 2, 104-106. Adresse URL : http://www.sciencedirect.com/science?_ob=ArticleURL&_udi=B6VKK-46WV6C5H&_user=6563152&_rdoc=1&_fmt=&_orig=search&_sort=d&_view=C&_acct=C000070070&_version=1&_urlVersion=0&_userid=6563152&md5=a16774d1eab9e3c2a9cf26c66fe910b

➤ *Une organisation satisfaisante et généralement sans source de stress :*

La majorité des infirmières ont assuré qu'elles étaient satisfaites de leur organisation journalière avec les soins de développement. De plus, plusieurs soignantes ont ajouté que la sectorisation¹⁶⁷ de l'équipe et le fait qu'il y ait une bonne dynamique influencent positivement cette organisation. Divers témoignages vont dans ce sens : « *Pour moi, l'organisation de ma journée avec les soins de développement est très satisfaisante, [...], ils ne me posent pas de problème dans leur application* » ; « *[...] Je ne pourrai plus m'organiser sans les soins de développement parce que c'est tellement satisfaisant de faire attention au confort et au bien-être du bébé* » ; « *[...] Mon organisation journalière est satisfaisante avec ces soins, pour moi c'est plus facile à organiser sa journée avec les soins de développement* ». En outre, la majorité des infirmières ont révélé qu'organiser sa journée de travail en fonction des soins de développement n'était pas une source de stress. Néanmoins, quelques infirmières ont souligné que leur organisation journalière pouvait être influencée par l'état de l'enfant, par la charge de travail et par les parents, comme expliqué auparavant : « *[...] Mais ça dépend aussi de la charge de travail, si on a le temps, on va prendre plus de temps pour chaque bébé* » ; « *L'organisation avec les soins de développement ce n'est pas un stress, mais ça peut être plus difficile de s'organiser si j'ai des imprévus ou encore si l'effectif est restreint* ».

Le premier constat fait au travers de ces différents témoignages c'est que les infirmières sont satisfaites de leur organisation avec les soins de développement. Cette constatation peut venir du fait que ces soins sont intégrés dans leur pratique. En effet, leur expérience professionnelle et leur « habitude » des soins de développement, leur procure une facilité d'application. Cet élément rejoint les propos d'une étude qui démontre que les infirmières ont besoin de temps pour changer leurs habitudes et pour être plus à l'aise avec les soins de développement¹⁶⁸.

La deuxième constatation que je peux relever grâce à ces témoignages, c'est que pour l'ensemble des infirmières les soins de développement ne sont généralement pas une source de stress dans leur organisation quotidienne. Je dis « généralement » parce que cette organisation peut être quelques fois influencée par le manque de temps, la charge de travail et l'état de l'enfant. En effet, ces trois variables peuvent modifier le vécu des infirmières par rapport à leur organisation quotidienne.

¹⁶⁷ Le service de pédiatrie et de néonatalogie du canton du Valais a été restructuré au mois de septembre 2009. Actuellement l'unité de néonatalogie se compose d'une équipe infirmière déterminée et fixe. Avant cette sectorisation, les infirmières du service de pédiatrie et de néonatalogie effectuaient des tournus entre les deux unités de soins.

¹⁶⁸ WIELENGA, J.M., SMIT, B.J., UNK, L.K.A. How Satisfied Are Parents Supported by Nurses With the NIDCAP Model of Care for Their Preterm Infant? *Journal Nursing Care Quality* [en ligne]. 2005, Volume 21, n°1, 41-48.

➤ *L'apprentissage par une collègue expérimentée :*

La majorité des infirmières ont pris connaissance des soins de développement au sein du service de l'enquête. En effet, ces soins ont été introduits il y a plusieurs années par le biais d'une responsable qui possédait de très bonnes connaissances sur les prématurés ainsi que sur les soins de développement. De ce fait, les infirmières qui travaillaient au sein du service lors de l'implantation de ces soins ont pu bénéficier des connaissances de cette responsable. Par ailleurs, les soignantes qui n'ont pas pu en profiter ont exploité celles de leurs collègues. Divers témoignages soulignent ces éléments : « *On a eu la chance d'avoir notre chef pour l'implantation des soins de développement dans le service parce qu'elle avait beaucoup de connaissances sur ces soins* » ; « *Lors de l'implantation de ces soins dans le service on a bénéficié de l'aide de notre chef qui avait fait une formation sur ces soins au Canada* » ; « *Les collègues qui n'étaient pas là lors de l'implantation et bien, on leurs a transmis nos connaissances et notre expérience* ». En outre, certaines infirmières ont eu un contact avec ces soins dans l'hôpital où elles travaillaient avant grâce à des cours. Enfin, parmi les infirmières de l'échantillon, certaines ont eu des informations sur les soins de développement au travers d'un CAS en néonatalogie pour une infirmière et une formation de puéricultrice pour une autre infirmière.

Les éléments ci-dessus montrent qu'une infirmière peut être une ressource importante pour aider ses collègues dans l'application pratique des soins de développement, mais également dans le fait de les sensibiliser à ce concept de soins. Ainsi, le rôle d'enseignante prend toute son importance dans l'intégration et l'application des soins de développement. Par ailleurs, je pense que cet aspect du rôle de l'infirmière est primordial dans la mise en pratique de cette méthode de soins. En effet, l'infirmière enseignante joue un rôle déterminant car elle apporte aux autres soignantes des notions sur les soins de développement et de ce fait influence leur prise en charge des nouveau-nés prématurés au travers de ces soins. Enfin, un autre rôle apparaît dans les témoignages ci-dessus, celui de leader. L'infirmière exerce pleinement ce rôle lorsqu'elle contribue à la diffusion de l'approche des soins de développement. Au sein du service valaisan, cette contribution s'est faite par l'infirmière responsable et par les soignantes du service qui ont transmis leurs connaissances aux nouveaux membres de l'équipe.

➤ *L'importance de l'expérience dans l'application des soins de développement :*

La notion d'expérience a été soulignée par toutes les infirmières comme une facilité dans l'application des soins de développement. En effet, elles affirment que les soins de développement ne leur posent pas de problème dans leur application à proprement dite car elles ont de l'expérience avec ces soins. Divers témoignages éclairent cet aspect : « *Les soins de développement sont des choses que j'ai acquises avec l'expérience. Ils sont intégrés dans ma pratique journalière [...]* » ; « *[...] L'expérience joue un rôle important, plus tu travailles avec ces soins, plus tu auras de la facilité à les mettre en place* ».

Dans mon échantillon de recherche, les expériences des différentes infirmières avec les soins de développement sont comprises entre quatre et sept ans. Quant aux expériences professionnelles « infirmière », elles varient entre 10 et 24 ans et toutes ont un rapport avec le monde de la néonatalogie et de la pédiatrie.

Les divers témoignages ci-dessus corrélaient mes propos sur l'importance de l'expérience dans la pratique des soins de développement. En effet, plus les infirmières les pratiquent et plus il leur sera facile de les intégrer dans la pratique et de faire preuve de sensibilité. Avec le temps, la notion de facilité tient compte de l'expérience et joue un grand rôle dans l'application de ces soins et procure un renforcement positif du vécu professionnel de l'infirmière.

Enfin, au regard des propos de toutes les soignantes de l'échantillon, je peux m'avancer en disant qu'une infirmière avec peu d'expérience par rapport aux soins de développement aurait plus de difficultés à appliquer ces soins. De plus, selon les infirmières, la notion « d'expérience » étant importante dans la pratique de ces soins, est-ce que si j'avais interrogé une soignante avec une courte expérience dans ces soins, aurait-elle pu m'apporter des éléments sur son vécu professionnel au travers de cette méthode de soins ?

5.4.1.3 Vécu professionnel :

Sous-thème
Vécu professionnel
Question : J'aimerais maintenant que vous m'expliquiez comment vous vous sentez dans votre rôle de professionnelle en utilisant les SD ?

Avant d'analyser ce sous-thème il est important de relever que la majorité des infirmières interrogées ont mis un certain temps avant de répondre à cette question. Je pense que ceci est dû au fait que la question du vécu professionnel est délicate en raison de la valeur émotionnelle qu'elle suppose. Cependant, au fil de l'entretien, les soignantes ont mis en avant des éléments très intéressants tant au niveau de leur pratique professionnelle qu'au niveau émotionnel. De plus, la narration de leur vécu professionnel avec les soins de développement s'est fait au moyen d'une communication non-verbale chaleureuse et enjouée.

➤ *Les soins de développement, une philosophie qui améliore le vécu professionnel :*

Toutes les infirmières interrogées ont affirmé être satisfaites de travailler avec les soins de développement et que cette méthode de soins leur apportait une gratification et une satisfaction professionnelle importante. Divers témoignages vont dans ce sens : « *Je me sens importante en travaillant avec les soins de*

développement. C'est tellement gratifiant d'avoir un bébé qui est bien, confortable [...] » ; « On est à l'écoute du bébé c'est pourquoi c'est plus gratifiant et en plus si c'est bien pour le bébé et bien en retour aussi pour moi » ; « C'est tellement gratifiant d'avoir en face de toi un bébé qui est calme, confortable. Tu es à l'écoute du bébé » ; « [...] Si le bébé est bien, les parents aussi et en retour toi aussi ».

Premièrement, je constate que l'application des soins de développement pour toutes les infirmières est satisfaisante. Cette constatation rejoint une étude qui relate que les conditions de travail pour les infirmières de néonatalogie qui travaillent avec ces soins se sont améliorées, tout comme la satisfaction du personnel infirmier¹⁶⁹. D'autres auteurs comme Oehler mettent également en évidence une amélioration du sens de l'accomplissement personnel ainsi qu'une amélioration de la satisfaction professionnelle¹⁷⁰. De plus, ces éléments ont été soulignés par la personne ressource du canton du Valais. Par ailleurs, j'ai pu relever la satisfaction des infirmières de l'échantillon au travers des propos que j'ai recueillis lors des entretiens, mais également au travers du non-verbal des différentes infirmières. En effet, comme je l'ai mentionné dans l'introduction de ce sous-thème, les infirmières relataient leur vécu professionnel au travers des soins de développement avec le sourire. Leur satisfaction professionnelle se reflétait dans leur manière de communiquer. En outre, je considère que la satisfaction professionnelle est importante dans l'exécution des différents rôles de l'infirmière en néonatalogie. En effet, la motivation retirée par la satisfaction de faire quelque chose d'utile et de bien pour l'enfant renforce l'efficacité ainsi que l'exécution du rôle professionnel de l'infirmière en néonatalogie, à mon sens.

Deuxièmement, concernant la gratification professionnelle que retire l'ensemble des soignantes interrogées, le constat est que les soins de développement n'ont pas uniquement des effets positifs sur l'enfant et ses parents, mais également sur les infirmières. En effet, en assurant le bien-être et le confort du nouveau-né prématuré, la soignante se retrouvera d'une part avec un bébé qui est calme, qui ne souffre pas et qui est ouvert à son environnement et d'autre part avec des parents sereins. Enfin, ces propos se confirment avec les recherches antérieures.

¹⁶⁹ MAMBRINI, C. [et al.]. Implantation des soins de développement et comportement de l'équipe soignante. *Archives de Pédiatrie* [en ligne]. Mai 2002, Volume 9, Suppl. 2, 104-106. Adresse URL : http://www.sciencedirect.com/science?_ob=ArticleURL&_udi=B6VKK-46WV6C5H&_user=6563152&_rdoc=1&_fmt=&_orig=search&_sort=d&_view=C&_acct=C000070070&_version=1&_urlVersion=0&_userid=6563152&md5=a16774d1eab9e3c2a9cf26c66fe910b

¹⁷⁰ OEHLER, J.-M. [et al.], 1991. *Beyond technology : meeting developmental needs of infants in the NICU's*. Cités par MILETTE, I., MARTEL, M.-J. *Les soins du développement : des soins sur mesure pour le nouveau-né malade ou prématuré*. Editions du CHU Sainte-Justine : Montréal (Québec), 2006. 194 pages. ISBN : 2-89619-039-2.

➤ *Une représentation plus « humaine » de la prise en charge de l'enfant :*

La plupart des infirmières ont cité que les soins de développement représentaient « une humanisation de la prise en charge ». Divers propos vont dans ce sens : [...] *Pour moi les soins de développement humanisent la prise en charge* » ; *« C'est plus humain comme prise en charge. Tu es au plus près du confort de bébé »*.

La personne ressource du canton du Valais a bien exprimé cette notion en parlant des soins de développement. Ces derniers humanisent la prise en charge. Il importe donc de déterminer et d'expliquer ce terme afin d'y trouver un sens pour le bébé prématuré. Selon Carl Rogers, « la personne humaine est [...] dotée d'une force primitive fondamentale naturellement positive qui la pousse à se développer »¹⁷¹. Je peux donc m'avancer, à travers cette définition, à dire que les soins de développement permettent justement d'améliorer et de renforcer la force positive poussant le prématuré à se développer. Ces derniers respectent donc les besoins du bébé et tiennent compte de ses ressources, ce qui amène à une prise en charge humaniste. De plus, le concept « soins de développement » explique en quelque sorte que le prématuré vit des expériences. De ce fait, il est important que ces expériences soient positives pour l'enfant et pour cela il est important de respecter son rythme et de lui éviter des surstimulations. Je pense que la personne ressource du canton du Valais a voulu exprimer, à travers le terme « humanisme », l'apport positif et respectueux de ces soins sur l'enfant. Par ailleurs, je crois que la prise en charge humaniste fait référence au confort et au bien-être de l'enfant et j'estime que l'individualisation des soins en fonction des besoins de chaque enfant, rend cette méthode de soins plus « humaine », car c'est au détriment des soins techniques. En définitive, cette notion « d'humanisation des soins » participe au renforcement positif du vécu de l'infirmière au travers des soins de développement.

➤ *Les soins de développement et confiance professionnelle des infirmières :*

Pour plusieurs infirmières, l'introduction des soins de développement dans le service n'a pas modifié leur confiance professionnelle auprès des prématurés. Cependant, pour certaines soignantes, leur confiance professionnelle a été améliorée : *« Elle a été améliorée car je suis plus attentive aux besoins de parents et des bébés, c'est plus complet pour moi »* ; *« Ca m'a fait avancer, ça m'a fait réfléchir. Cela m'a remise en question de savoir les effets négatifs de l'environnement sur le bébé »*.

Je peux constater que pour la majorité des infirmières, les soins de développement n'ont pas modifié leur confiance professionnelle mais que pour une minorité elle a cependant été améliorée. Ainsi, les propos de la minorité des infirmières rejoignent un élément présent dans le cadre conceptuel. En effet, un

¹⁷¹ ROGERS, C. Cité par : BEE, H., BOYD, D. *Les âges de la vie : psychologie du développement humain*. Editions du Renouveau Pédagogique Inc., 3^{ème} édition : Paris, 2008, p. 21. ISBN : 9782761326360.

auteur, Als Heidelise, relate que : « [...] les professionnels ont davantage confiance en leur capacité de prendre en charge les nouveau-nés »¹⁷².

➤ *Le besoin de formation pour une meilleure application des soins de développement :*

L'ensemble des infirmières de l'échantillon a mis en avant le besoin d'avoir une formation sur les soins de développement. Divers témoignages illustrent cet aspect : « *Je sais que les informations que je dispose sur les soins de développement ne sont pas suffisantes. C'est pour ça que je veux me former un maximum pour assurer au bébé un développement le plus harmonieux possible* » ; « *Je me réjouis d'aller suivre la formation sur les soins de développement et le NIDCAP à Brest, comme ça on aura plein de nouvelles choses à mettre en place pour l'enfant et ses parents* » ; « *Je me réjouis vraiment d'aller à Brest, c'est quelque chose qu'on attend depuis longtemps. Cela va être bénéfique pour nous mais aussi pour le bébé et ses parents* ».

Premièrement, les infirmières interrogées ont compris l'importance d'avoir des informations précises et une formation adaptée sur les soins de développement dans le sens où elles pensent qu'elles ne peuvent pas appliquer correctement et efficacement ces soins, au quotidien dans leur pratique professionnelle sans des bases théoriques.

Deuxièmement, grâce aux différents témoignages, j'ai pu relever que toutes les infirmières souhaitent se perfectionner par rapport au concept des soins de développement. En effet, j'ai remarqué leur enthousiasme et leur motivation par rapport à la formation prévue à Brest ainsi que leur désir de promouvoir ces soins dans le service. Cette formation leur donnera une occasion de se perfectionner dans la prise en charge des nouveau-nés prématurés au travers des soins de développement et de partager leurs connaissances. De plus, je pense que cette formation permettra aux infirmières d'ajuster leurs connaissances sur les soins de développement, peut-être de favoriser l'émergence d'autres soins, d'en promouvoir la qualité et d'augmenter la satisfaction professionnelle des soignantes. Mes propos complètent ceux de plusieurs auteurs qui mettent en lien la formation, la satisfaction professionnelle et la qualité des soins prodigués¹⁷³.

¹⁷² ALS, H., 1998. *Developmental care in the Newborn Intensive Care Unit*. Citée par MILETTE, I., MARTEL, M.-J. *Les soins du développement : des soins sur mesure pour le nouveau-né malade ou prématuré*. Editions du CHU Sainte-Justine : Montréal (Québec), 2006, p. 127. ISBN : 2-89619-039-2.

¹⁷³ OEHLER, J.-M. [et al.], 1991. *Beyond technology : meeting developmental needs of infants in the NICU's*. Cités par MARTEL, M.-J., MILETTE, I. *Les soins du développement : des soins sur mesure pour le nouveau-né malade ou prématuré*. Editions du CHU Sainte-Justine : Montréal (Québec), 2006. 194 pages. ISBN : 2-89619-039-2.

5.4.2 Relations au travail et avec les usagers :

Thème 2
Relations au travail et avec les usagers
Objectif : Identifier et apprécier les facilités et difficultés de l'infirmière au niveau relationnel avec l'équipe pluridisciplinaire, les parents et les prématurés dans l'utilisation des SD.

Le but du thème ci-dessus consiste à identifier les facilités et/ou difficultés de l'infirmière face à l'équipe pluridisciplinaire, aux parents ainsi qu'aux prématurés. Ce thème comporte quatre sous-thèmes, à savoir la collaboration de l'infirmière vis-à-vis de ses collègues, la collaboration vis-à-vis de l'équipe médicale, la prise en charge des parents par les infirmières, puis leur prise en charge des prématurés. Aussi, ce thème permet la vérification des hypothèses 2 et 3.

5.4.2.1 Collaboration et relation entre infirmières :

Hypothèse 2 : La pratique des soins de développement implique une relation plus difficile avec le personnel soignant pour les infirmières.

Sous-thème
Collaboration/relation infirmières
Question : J'aimerais également que vous m'expliquiez comment se passent les relations entre les membres de l'équipe infirmière par rapport aux SD.

➤ *Une bonne collaboration entre les infirmières :*

Toutes les infirmières ont révélé que la collaboration entre les soignantes se passe très bien et n'est pas une source de stress. Voici différents exemples de propos recueillis : « [...] Non il n'y a pas de tensions, on évolue toutes dans une même dynamique » ; « Ce n'est pas un stress parce qu'il n'y a pas de tension, je pense qu'on va toutes dans la même direction » ; « Il n'y a pas de tension mais il y a un respect mutuel et un respect des connaissances de l'autre ». La majorité des infirmières ont également souligné le fait que l'équipe est une source de soutien : « Les relations se passent très bien, les autres sont une source de soutien. Et puis il y a aussi le fait qu'on évolue dans la même dynamique » ; « Les relations sont agréables et on peut trouver facilement du soutien auprès des autres infirmières » ; « Il n'y a pas de tensions, c'est agréable de travailler avec les autres collègues et il y a une grande entraide entre nous ».

D'une part, je constate que les infirmières de l'échantillon entretiennent de bonnes relations avec leurs collègues car l'équipe a la même dynamique de groupe et les soignantes agissent avec les mêmes buts, à savoir le bien-être du prématuré et l'amélioration de l'environnement néonatal. Comme je l'ai déjà mentionné, pour améliorer ce bien-être, il faut que toutes les personnes qui gravitent autour du prématuré aillent dans cette direction et soit sensibilisé à cette méthode. D'autre part, je constate également, grâce aux témoignages ci-dessus, que les infirmières trouvent une source de soutien auprès de leurs collègues. Cet aspect me ramène au rôle de l'infirmière en néonatalogie, à savoir celui d'enseignante. En effet, en tant qu'enseignante, l'infirmière permet à ses collègues de suivre un modèle et de trouver du soutien dans la relation thérapeutique avec le patient. Enfin, je pense que la notion de « soutien » est importante dans une équipe. Les infirmières du service peuvent trouver une source d'aide auprès d'autres collègues qui ont peut-être plus d'expériences par rapport aux soins de développement.

➤ *Une collaboration sans résistance mais faite de désaccords :*

Toutes les soignantes ont affirmé qu'il n'y a pas de résistance au sein de l'équipe infirmière à appliquer les soins de développement. Cependant, une majorité d'entre elles ont souligné que malgré l'absence de résistance, des désaccords existent entre les différents membres de l'équipe infirmière. Divers témoignages vont dans cette direction : « *Il n'y a pas de résistance à mon avis dans le service mais il y a des fois où on n'est pas toutes d'accord sur certains aspects des soins de développement* » ; « *La collaboration est bonne parce qu'on va toute dans le même sens mais après on a toute une vision différente du confort par exemple. Donc parfois il y a certains désaccords* » ; « *Certaines fois il y a des désaccords sur la manière de mettre en place les soins de développement parce que ça va dépendre de la sensibilité de la personne à cette manière de faire* ».

Premièrement, je pense que les désaccords entre infirmières sur la façon d'appliquer les soins de développement peuvent venir de plusieurs raisons, à savoir d'une part d'un manque de connaissance de ces soins et d'autre part, d'un manque d'ouverture au changement. De plus, les deux personnes ressources soulignent que le manque de formation et d'informations sur les soins de développement du personnel soignant peut rendre la pratique des soins de développement différente d'une infirmière à l'autre. En outre, elles ajoutent que cela peut engendrer des tensions par rapport au degré différent de volonté des infirmières à utiliser ces soins. En effet, les soins de développement demandent de la part des infirmières un accord de leur part à changer leur représentation des soins en néonatalogie. Le fait de prendre conscience des effets négatifs que peut avoir l'environnement néonatal sur le nouveau-né prématuré à court, moyen et long terme, implique un changement dans la manière d'aborder les soins auprès du prématuré. C'est pourquoi je pense que pour intégrer les soins de développement dans sa pratique, il est nécessaire de faire un travail sur soi, de remettre sa pratique en question afin d'évoluer vers une pratique qui soit plus proche du confort et du bien-être du nouveau-né prématuré. De plus, je crois qu'il est important que l'infirmière réfléchisse sur ses

représentations des soins en néonatalogie pour ensuite évoluer dans sa pratique professionnelle et qu'elle conscientise ses actions. Ainsi, les bénéfices qu'elle en retire seront encore plus grands. Enfin, je pense qu'il est judicieux d'avoir une application identique des soins de développement afin d'éviter les tensions et de permettre une continuité dans les soins.

Deuxièmement, quelques infirmières ont relaté qu'elles pouvaient rencontrer des difficultés de collaboration par rapport à ces variations entre soignantes dans l'application des soins de développement. En effet, elles soulignent que chacune a sa manière de travailler avec ces soins et que quelques fois la continuité des soins n'est pas respectée. Voici plusieurs exemples de propos recueillis : « [...] *C'est frustrant certaines fois de retrouver ton bébé de la veille mal positionné dans sa couveuse.* » ; « *Parfois, il manque une continuité dans les soins de développement, [...] il faudrait qu'on ait toutes les mêmes bases théoriques pour appliquer ces soins* ». Ces différences de collaboration peuvent venir d'un manque de formation et d'information sur les soins de développement et d'un manque de sensibilité à ces soins. Ainsi, on comprend pourquoi toutes les infirmières de l'échantillon ont mis en avant le besoin d'avoir une formation sur les soins de développement pour toutes les infirmières du service de néonatalogie afin qu'il y ait une remise à niveau des connaissances. Certaines ont ajouté à ce sujet que le fait qu'une grande partie des infirmières du service aillent suivre la formation sur les soins de développement à Brest va conforter les membres de l'équipe sur ce qu'elles font déjà et permettre un avancement dans la pratique de ces soins. De plus, plusieurs soignantes ont relevé le besoin de mettre en place des colloques infirmiers.

Personnellement, je pense qu'il est normal qu'il y ait des variations entre infirmières dans l'application des soins de développement. En effet, ces soins ne se fondent pas sur un protocole de soins. A ce propos, Als Heidelise et Gilkerson soulignent qu'ils sont une approche individuelle et non des protocoles généralisés¹⁷⁴. Par conséquent, il est important de ne pas imposer une manière de mettre en place les soins de développement, mais de changer la sensibilité des gens par rapport à ces derniers.

En guise de conclusion, je remarque que les besoins des infirmières portent sur la formation concernant les soins de développement et sur la mise en place de colloques infirmiers. De plus, des colloques infirmiers sur ces soins permettraient aux infirmières de partager leurs connaissances, leurs avis sur la manière de les appliquer, mais également de partager leurs doutes, leurs désaccords et ainsi d'améliorer davantage les relations des différents membres de l'équipe infirmière par rapport aux soins de développement et favoriser la continuité des soins auprès du prématuré comme l'a suggéré la personne ressource du canton du Valais.

¹⁷⁴ ALS, H., GILKERSON, L., 1995. Developmentally supportive care in the Neonatal Intensive Care Unit. Cités par MARTEL, M.-J., MILETTE, I. *Les soins du développement : des soins sur mesure pour le nouveau-né malade ou prématuré*. Editions du CHU Sainte-Justine : Montréal (Québec), 2006. 194 pages. ISBN : 2-89619-039-2.

5.4.2.2 Collaboration et relation entre infirmières et médecins :

Hypothèse 2 : La pratique des soins de développement implique une relation plus difficile avec le personnel soignant pour les infirmières.

Sous-thème
Collaboration/relation infirmières et médecins
Question : J'aimerais également que vous m'expliquiez comment se passent les relations entre les membres de l'équipe infirmière et médicale par rapport aux SD.

➤ *Les visites médicales, source de difficultés :*

La totalité des infirmières ont mis l'accent sur une difficulté de collaboration avec les médecins par rapport à la visite médicale comme mentionné auparavant dans l'analyse. En effet, l'heure de la visite médicale n'est pas déterminée. Ceci est dû en partie au fait que les médecins effectuent d'abord la visite médicale dans le service de pédiatrie et une fois celle-ci terminée, ils viennent dans le service de néonatalogie. Divers témoignages vont dans ce sens : « *Le problème c'est la visite médicale, le médecin veut faire tout de suite l'examen pour avoir rapidement le résultat, toi tu essaies de négocier mais ce n'est pas toujours facile* » ; « *La collaboration avec les médecins est un peu difficile car ils ne viennent pas souvent pendant que les bébés sont réveillés. Donc on doit réveiller le bébé pour la visite médicale. [...] C'est aussi pas facile de s'imposer face aux médecins* » ; « *Il faut être diplomate avec certains médecins pour faire respecter le rythme des bébés, mais ça marche pas à chaque fois* ».

Le constat que je peux avancer, grâce aux témoignages ci-dessus, c'est que la visite médicale ne facilite en rien l'application des soins de développement ainsi que la collaboration entre infirmières et médecins. En effet, le respect des rythmes de l'enfant et le regroupement des soins sont souvent difficiles à mettre en place par les infirmières. Je trouve que cet élément influence négativement la prise en charge des nouveau-nés prématurés au travers des soins de développement. En effet, un des aspects des soins de développement est de respecter les rythmes de l'enfant afin que ce dernier atteigne une stabilité dans ses états de veille/sommeil et qu'il puisse ainsi maintenir une attention et interagir avec son environnement¹⁷⁵. C'est pourquoi je pense qu'il serait essentiel qu'il y ait un changement de fonctionnement dans le service par rapport à la visite médicale. Il serait peut-être positif de faire la visite médicale lors des repas des enfants comme l'a souligné une infirmière : « *Ca serait bien si les médecins venaient faire la visite lorsque les enfants mangent* ». De plus, cela permettrait aux infirmières de regrouper les soins. Enfin, cette modification

¹⁷⁵ MARTEL, M.-J., MILETTE, I. *Les soins du développement : des soins sur mesure pour le nouveau-né malade ou prématuré*. Editions du CHU Sainte-Justine : Montréal (Québec), 2006. 194 pages. ISBN : 2-89619-039-2.

permettrait de favoriser le respect du confort ainsi que du bien-être du prématuré, mais également l'organisation de l'infirmière ainsi que sa satisfaction professionnelle, à mon sens.

➤ *Le manque d'adhésion de certains médecins, autre source de difficultés :*

Les infirmières ont ajouté que certains médecins ont une méconnaissance de la méthode des soins de développement ou que certains refusent d'adhérer à cette pratique de soins. Voici plusieurs exemples de propos recueillis : « *Les médecins ne comprennent pas que les soins de développement ce n'est pas que le but des infirmières* » ; « *Ca dépend du médecin. Certains t'écoutent et respectent la méthode, ils disent que l'infirmière est plus au chevet du bébé et sont content de ton expérience avec ces soins. D'autres n'acceptent pas la méthode.* » ; « *Les médecins ne sont pas spécialement attentifs aux soins de développement. Ce n'est pas facile de faire entendre et respecter la méthode. Ils ne font pas d'effort pour se calquer sur nous* » ; « *Il y a une bonne entente avec certains médecins mais avec d'autres il y a des problèmes parce qu'ils n'adhèrent pas à la méthode* »

Encore une fois, les médecins se révèlent comme un obstacle à l'implantation des soins de développement, comme l'avaient constaté Hendricks-Muñoz et Prendergast¹⁷⁶, ainsi que la personne ressource du canton du Valais.

Je trouve que l'intégration d'une méthode de soins doit prendre en compte tous les professionnels de la santé concernés par ces soins. C'est pourquoi, je pense qu'une formation globale est nécessaire, soit à la fois pour les infirmières et pour les médecins, car si l'adhésion ne se fait pas au niveau infirmier et médical, la mise en pratique correcte et bénéfique des soins de développement pour l'ensemble des acteurs ne peut se faire. Ensuite, je pense qu'il est important que des colloques sur l'application des soins de développement, entre médecins et infirmières, soient mis en place. En effet une étude affirme que des réunions concernant les soins de développement et réunissant les collègues médecins et infirmiers peuvent introduire et améliorer la pratique des soins de développement¹⁷⁷. De plus, les infirmières du service et la personne ressource du canton du Valais ont relaté qu'une fois la formation à Brest effectuée, des colloques avec les médecins seront mis en place afin de sensibiliser ces derniers à cette méthode de soins. En outre, en plus de la nécessité d'une formation des médecins à la méthode des soins de développement, la totalité des infirmières ont demandé que les médecins réalisent un consensus entre eux par rapport à leur pratique professionnelle. Par ailleurs, elles ont mis en avant le besoin d'avoir un médecin qui soit responsable uniquement du service de néonatalogie afin qu'il y ait une cohésion dans la pratique de l'ensemble des médecins intervenant dans le service de néonatalogie.

¹⁷⁶ HENDRICKS-MUÑOZ, K., PRENDERGAST CAROL, C. Barriers to provision of Developmental Care in the Neonatal Intensive Care Unit: Neonatal Nursing Perceptions. *American Journal of Perinatology* [en ligne]. 2007, Volume 24, N° 2, 72.

¹⁷⁷ Ibid.

Pour finir, je reviens sur la notion avancée par les infirmières interrogées, à savoir le « manque d'adhésion » de certains médecins à la méthode de soins de développement. Je trouve qu'il serait intéressant de savoir le pourquoi de ce manque de la part de certains médecins. Est-ce que ces problèmes viennent du fait que les médecins ne comprennent ou ne voient pas l'utilité de ces soins ? Ou pourquoi, malgré les diverses études scientifiques qui ont montré les effets bénéfiques de ces soins sur le prématuré, certains médecins ne le prennent pas en compte dans leur pratique professionnelle ? Ou encore, est-ce que les médecins connaissent vraiment le principe de ces soins, compte tenu que certains d'entre eux n'abordent pas les soins de développement avec les infirmières ?

5.4.2.3 Prise en charge et relation avec les parents :

Hypothèse 3 : La pratique des soins de développement implique une prise en charge plus facile avec les parents et les prématurés pour les infirmières.

Sous-thème
Prise en charge/relation avec les parents
Question : Pouvez-vous me décrire votre prise en charge des parents au travers des SD ?

➤ *Une prise en charge satisfaisante des parents :*

Toutes les infirmières ont mis en avant le fait que la prise en charge des parents au travers des soins de développement est satisfaisante et qu'elle leur procure de la gratitude. Plusieurs exemples de propos recueillis illustrent ces aspects : « *C'est satisfaisant parce que les parents voient qu'on n'est pas là que pour donner à manger à leur enfant, il y a une notion de confort* » ; « *Il y a de la satisfaction dans le sens où les parents voient que le confort du bébé est respecté et donc ils adhèrent complètement à la méthode. C'est gratifiant* » ; « *La satisfaction est grande car je me sens utile pour eux et pour le bébé* » ; « *C'est sûr que c'est satisfaisant et vis versa. Ils me montrent de la gratitude, donc je suis satisfaite de ma prise en charge* » ; « *La satisfaction est tellement grande quand les parents viennent te dire merci, merci de vous être occupé si bien de mon enfant* ».

Je constate que cette satisfaction provient du fait que les parents expriment leur contentement par rapport à la prise en charge des infirmières. Cet aspect rejoint les dires des deux personnes ressources qui mettent en avant la grande satisfaction professionnelle et personnelle ressentie par l'infirmière lors du contentement des parents par rapport à la prise en charge de leur enfant au travers des soins de développement. Ainsi, je trouve que la gratitude des parents

envers les infirmières apporte satisfaction aux soignantes mais favorise également l'entretien de la motivation professionnelle, moteur important dans l'exercice du rôle infirmier en néonatalogie.

➤ *Les soins de développement, une ouverture à la relation :*

La totalité des infirmières ont affirmé que les soins de développement facilitaient l'entrée en communication avec les parents. Ci-après plusieurs témoignages vont dans ce sens : « *Avec les soins de développement la relation est améliorée parce que les parents sont intégrés dans les soins donc ils se sentent plus rassurés, en confiance, donc ils communiquent plus aisément* » ; « *Les soins de développement c'est une méthode qui ouvre le dialogue parce que quand on est autour du bébé et des parents, on entretient une relation, des échanges, ça facilite la communication* » ; « *Les soins de développement impliquent une meilleure écoute, empathie* ».

Le premier constat qui se profile derrière ces témoignages est que les soins de développement influencent de manière positive les relations des infirmières avec les parents. En effet, toutes les infirmières ont mis en avant que ces soins amélioreraient la relation mais également la favorisaient. En effet, les parents se sentent moins stressés vis-à-vis de cette période difficile parce qu'ils savent que les infirmières prennent en compte le bien-être et le confort de leur enfant. De plus, les parents se sentent impliqués auprès de leur enfant car ils sont intégrés aux soins. Cette humanisation des soins est ressentie positivement par les parents et fait qu'ils appréhendent la situation de manière plus sereine. Cette sérénité se répercute dans leur relation avec l'infirmière et avec leur enfant. La relation est ainsi facilitée et les tensions, les problèmes de communication sont diminués voire absents. En outre, je tiens à rappeler que la notion relationnelle est importante dans le rôle infirmier en néonatalogie. En effet, la soignante qui travaille en néonatalogie doit remplir plusieurs rôles, dont un qui est le fondement des soins infirmiers de qualité, à savoir la relation thérapeutique. En effet, selon plusieurs auteurs, pour construire une relation thérapeutique, l'infirmière doit être à la fois proche de l'enfant et de sa famille mais aussi assez détachée pour considérer les besoins et les sentiments des parents et de l'enfant¹⁷⁸. Pour terminer, je pense que la notion de soutien est primordiale dans la prise en charge des parents en néonatalogie. En effet, l'infirmière est la personne la plus proche des parents, c'est donc elle qui peut répondre le mieux aux besoins émotionnels de ces derniers. Elle peut ainsi apporter une écoute attentive ainsi que des conseils essentiels et bénéfiques pour aider les parents à traverser plus facilement cette période stressante de leur vie.

¹⁷⁸ DONNA L., WONG. *Soins infirmiers en pédiatrie*. Editions Etudes Vivantes : Québec, 2002. 820 pages. ISBN : 2-7607-0657-5 & MARTEL, M.-J., MILETTE, I. *Les soins du développement : des soins sur mesure pour le nouveau-né prématuré*. Editions Du CHU Sainte-Justine : Montréal (Québec), 2006. 194 pages. ISBN : 2-89619-039-2.

➤ *Les soins de développement, une amélioration de la prise en charge :*

La totalité des infirmières ont souligné que les soins de développement amélioreraient la prise en charge des parents. Plusieurs exemples de propos illustrent cet élément : « *Les soins de développement améliorent ma prise en charge des parents. C'est facilitant de pouvoir expliquer aux parents que leur enfant est bien dans cette position* » ; « *C'est sûr que les soins de développement améliorent ma prise en charge des parents parce que c'est une prise en charge globale [...]* ». Par ailleurs, les infirmières ont mis avant l'intégration des parents aux soins de développement. Divers témoignages relèvent cet aspect : « *C'est important que les parents soient intégrés dans les soins de leur enfant ainsi, ils comprennent mieux leur bébé et adhèrent complètement aux soins de développement. Ils sont moins stressés* » ; « *L'avantage des soins de développement c'est qu'ils impliquent beaucoup les parents, ils leurs donnent une responsabilité. Ils se sentent actifs et utiles* ».

Dans un premier temps, je constate l'amélioration de la prise en charge des parents au travers d'un meilleur contact visuel et physique avec leur enfant, d'une diminution du stress vécu, d'une amélioration du lien d'attachement et d'une augmentation de leur confiance en leur capacité comme l'ont soulevé Martel et Milette¹⁷⁹. Par ailleurs, je tiens à mettre en avant quelques aspects des différents rôles de l'infirmière en néonatalogie ceci dans le but de souligner leur importance dans l'amélioration de la prise en charge des parents au travers des soins de développement. En effet, en tant que défenseuse des droits et soins de l'enfant et de la famille, l'infirmière se doit d'aider la famille à faire des choix éclairés afin d'agir dans le meilleur intérêt de l'enfant. De plus, en tant que soignante, elle se doit également de prodiguer des soins de qualité en veillant au bien-être de l'enfant et de ses parents.

Dans un deuxième temps, la totalité des infirmières ont mis en avant le fait que l'intégration des parents aux soins de leur enfant facilite la prise en charge. Cette intégration, qui est l'un des objectifs des soins de développement¹⁸⁰, est bénéfique, dans le sens où les parents sont heureux de pouvoir apporter quelque chose à leur enfant, ils peuvent ainsi assumer leur rôle de parents malgré un contexte particulier (service de néonatalogie). De plus, cet aspect a également été relevé par Als Heidelise¹⁸¹ et les deux personnes ressources. En outre, cette notion « d'intégration » devient essentielle. En effet, en coopérant avec les infirmières aux soins du prématuré, les parents peuvent développer des compétences dans la prise en charge de leur enfant et les utiliser une fois rentrés à domicile, ce qui assure une bonne continuité des soins. Ainsi, sans explication, information et sans pratique préalable, les parents pourraient se sentir vite dépassés face aux besoins de leur enfant. Par ailleurs, cette

¹⁷⁹ MARTEL, M.-J., MILETTE, I. *Les soins du développement : des soins sur mesure pour le nouveau-né prématuré*. Editions Du CHU Sainte-Justine : Montréal (Québec), 2006. 194 pages. ISBN : 2-89619-039-2.

¹⁸⁰ Ibid.

¹⁸¹ ALS, H., 1986. *A synactive model of neonatal behavioral organization : framework for the assessment of neurobehavioral development in the premature infant and for support of infants and parents in the Neonatal Intensive Care Environment*. Citée par MARTEL, M.-J., MILETTE, I. *Les soins du développement : des soins sur mesure pour le nouveau-né prématuré*. Editions Du CHU Sainte-Justine : Montréal (Québec), 2006. 194 pages. ISBN : 2-89619-039-2.

intégration des parents souligne l'importance du rôle d'enseignante de l'infirmière en néonatalogie. En effet, son rôle est d'aider les parents à identifier et à comprendre les comportements de leur enfant et également de les aider à participer aux soins, en leur proposant un enseignement adapté. Ces différents propos rejoignent ceux de Cusson et Lee qui affirment : « [...] l'intervention la plus efficace, relativement aux coûts, consiste à former les parents et à les intégrer rapidement dans les soins à donner à leur enfant »¹⁸², et Martel et Milette d'ajouter : « Force est de constater que, par la nature de son rôle, l'infirmière occupe une place privilégiée pour aider les parents à découvrir leur enfant et à se reconnaître comme acteurs essentiels dans le développement de ce dernier »¹⁸³.

Dans un dernier temps, à travers les divers éléments développés ci-dessus, la conclusion essentielle est que : les professionnels de la santé soient conscients que les soins de développement sont importants pour les parents et qu'ils influencent positivement la prise en charge du nouveau-né prématuré. Mes propos rejoignent ceux de plusieurs auteurs qui indiquent que la présence et l'investissement des parents auprès de leur enfant sont la clé du succès de la prise en charge à travers les soins de développement¹⁸⁴. En outre, je peux relever que l'intégration des parents, grâce à cette philosophie de soins, est bénéfique à la création du lien parent-enfant, préoccupation d'actualité pour Sizun¹⁸⁵.

En conclusion, toutes les infirmières ont affirmé que les parents étaient bien intégrés aux soins et que leur prise en charge était satisfaisante. Cependant, elles ont tout de même signalé que celle-ci pourrait être encore plus optimale grâce à quelques améliorations. En effet, les soignantes ont souligné le besoin d'avoir des locaux adaptés à la prise en charge des parents, à savoir plus de place et plus d'intimité. Pour ma part, je pense que cet aménagement permettrait d'améliorer davantage les relations des parents avec leur enfant. En effet, en ayant plus d'intimité et de calme dans le service, la méthode kangourou serait plus bénéfique pour les parents et le bébé, à mon sens.

¹⁸² CRUSSON, R.M., LEE, A.L., 1993. *Parental interventions and the development of the preterm infant*. Cités par MARTEL, M-J., MILETTE, I. *Les soins du développement : des soins sur mesure pour le nouveau-né malade ou prématuré*. Editions du CHU Sainte-Justine : Montréal (Québec), 2006, p. 147. ISBN : 2-89619-039-2.

¹⁸³ MARTEL, M-J., MILETTE, I. *Les soins du développement : des soins sur mesure pour le nouveau-né malade ou prématuré*. Editions du CHU Sainte-Justine : Montréal (Québec), 2006, p. 147. ISBN : 2-89619-039-2.

¹⁸⁴ OEHLER, J-M. [et al.], 1991. *Beyond technology : meeting developmental needs of infants in the NICU's*. Cités par *ibid*.

¹⁸⁵ SIZUN, J. [et al.]. Le NIDCAP, programmes de soins centrés sur l'enfant et sa famille. *Les Dossiers de l'Allaitement* [en ligne]. 2001, n°48, 1-2. Adresse URL : <http://www.lllfrance.org/Dossiers-de-l-allaitement/da-48-le-nidcap-programmes-de-soins-centrés-sur-l-enfant-et-sa-famille>

5.4.2.4 Prise en charge et relation avec les prématurés :

Hypothèse 3 : La pratique des soins de développement implique une prise en charge plus facile avec les parents et les prématurés pour les infirmières.

Sous-thème
Prise en charge/relation avec les prématurés
Question : Pouvez-vous me décrire votre prise en charge des prématurés au travers des SD ?

- *Une amélioration de la prise en charge et de la compréhension des comportements des prématurés :*

D'une part, la totalité des infirmières ont souligné le fait que les soins de développement amélioraient leur prise en charge des prématurés. Divers témoignages vont dans ce sens : « *Les soins de développement permettent d'être plus proche du bien-être du bébé et d'y répondre* » ; « *Ces soins améliorent ma prise en charge de l'enfant parce que j'ai des moyens pour améliorer le bien-être du bébé et aussi favoriser son développement* » ; « [...] *C'est sûr que les soins de développement améliorent notre prise en charge. On est plus armé pour répondre aux besoins de l'enfant et de ses parents* ». D'autre part, la totalité des infirmières ont souligné que les soins de développement amélioraient leur capacité de reconnaissance des comportements des prématurés. Divers propos illustrent cet élément : « *Les soins de développement permettent une meilleure compréhension du bébé, de sa douleur, de son confort et donc améliore la prise en charge* » ; « *Ces soins m'ont permis d'avoir une meilleure décodage des messages du bébé et de mieux les soigner* ».

En regard des éléments ci-dessus, je remarque que les soins de développement améliorent les capacités d'identification des infirmières par rapport aux comportements du prématuré, l'un des objectifs de ces soins. De plus, Oehler et d'autres auteurs relatent que l'application de cette méthode de soins permet aux infirmières une meilleure compréhension des comportements du prématuré¹⁸⁶. En effet, grâce à ces soins, elles disposent de ressources pour calmer l'enfant ainsi que de moyens pour répondre au mieux aux besoins du nouveau-né prématuré.

Personnellement, je pense qu'il est important d'améliorer la capacité de compréhension des comportements du prématuré de la part des infirmières car ces comportements doivent être utilisés comme guide pour déterminer les soins

¹⁸⁶ OEHLER, J-M. [et al.], 1991. *Beyond technology : meeting developmental needs of infants in the NICU's*. Cités par MARTEL, M-J., MILETTE, I. *Les soins du développement : des soins sur mesure pour le nouveau-né malade ou prématuré*. Editions du CHU Sainte-Justine : Montréal (Québec), 2006. 194 pages. ISBN : 2-89619-039-2.

à lui prodiguer. Ainsi, les professionnels de la santé, en reconnaissant les comportements de l'enfant (signes de stress, d'adaptation), peuvent mettre en place des soins individualisés et de qualité et ainsi la prise en charge s'en trouve améliorée.

Pour conclure, les difficultés des infirmières concernant la prise en charge des bébés prématurés rejoignent celles exprimées par les soignantes au fil de l'analyse, à savoir le temps, la charge de travail, l'état de l'enfant, l'exiguïté et l'organisation du service et le manque de formation et d'information concernant les soins de développement.

➤ *Une relation satisfaisante avec les prématurés :*

L'ensemble des infirmières a exprimé que la relation avec les prématurés est un facteur de satisfaction. En effet, elles estiment que ces soins influencent véritablement leur relation avec les prématurés. Voici plusieurs exemples de propos recueillis : « *C'est tellement satisfaisant de voir que le bébé est bien, qu'il a bien réagit aux soins et qu'il est confortable dans sa couveuse* » ; « *Quand tu fais tes soins de développement auprès du bébé tu vois tout de suite si le bébé apprécie. C'est une source de satisfaction de voir que tu as pu être au plus près du confort et du bien-être de l'enfant* » ; « *Travailler avec les soins de développement c'est vraiment satisfaisant parce que tu prends en compte le confort du bébé et le bébé te montre en retour son bien-être, donc c'est sur que c'est satisfaisant* ».

Il ressort de ces témoignages que la satisfaction des infirmières est fortement liée au confort de l'enfant. En effet, les soignantes constatent que leurs actions auprès des prématurés sont bénéfiques. Ainsi, ces dernières, en étant conscientes que ces soins apportent aux prématurés bien-être et confort et en voyant que leurs actes ont des conséquences positives sur les enfants, elles en retirent de la satisfaction. Les infirmières prennent donc plaisir à travailler avec les soins de développement au quotidien.

Pour ma part, je rejoins une fois de plus l'importance de la satisfaction dans l'exercice de sa profession. Cette satisfaction apporte motivation, gratitude, plaisir, etc. De plus, les deux personnes ressources affirment que la satisfaction professionnelle est énorme quand l'enfant est calme et serein. Ainsi, les soins auprès du bébé peuvent se dérouler dans de bonnes conditions et l'échange avec l'enfant en est amélioré.

➤ *La satisfaction professionnelle procurée par les soins de développement :*

En définitive, suite aux réponses des soignantes, je peux affirmer que leur satisfaction professionnelle se voit améliorée par les soins de développement. La totalité des infirmières expriment clairement cette satisfaction : « *Ma satisfaction professionnelle est grande car je fais du bien au bébé, aux parents et également à moi. De plus, faire des soins à un enfant qui est calme dans sa couveuse s'est satisfaisant !* ».

Les propos des soignantes rejoignent donc, ceux de plusieurs auteurs qui ont mis en avant que l'application des soins de développement permet en outre une amélioration du sens de l'accomplissement personnel, de la satisfaction professionnelle et de la qualité des soins dispensés par les infirmières¹⁸⁷.

Selon moi, le facteur indispensable à une bonne pratique, à une meilleure maîtrise et à des soins de qualité dépend majoritairement de la satisfaction et de la conscience professionnelle. Les infirmières du service valaisan prouvent selon moi leur désir d'améliorer la prise en charge des prématurés. Les mesures de perfectionnement et la formation leur permettront de prendre encore mieux conscience des bienfaits engendrés par cette méthode pour le bien-être du prématuré et de sa famille.

¹⁸⁷ OEHLER, J-M. [et al.], 1991. *Beyond technology : meeting developmental needs of infants in the NICU's*. Cités par MARTEL, M-J., MILETTE, I. *Les soins du développement : des soins sur mesure pour le nouveau-né malade ou prématuré*. Editions du CHU Sainte-Justine : Montréal (Québec), 2006. 194 pages. ISBN : 2-89619-039-2.

6. Vérification des hypothèses

L'analyse ci-dessus m'a permis de percevoir la diversité d'opinions et la richesse des informations fournies par les infirmières. L'étape qui suit va donc me permettre de voir si mes hypothèses sont validées ou non par les propos des infirmières.

6.1 Hypothèse 1 :

L'hypothèse « **La pratique et l'application des soins de développement sont contraignantes pour les infirmières** » est en partie confirmée par l'enquête.

Les infirmières constatent certaines difficultés liées à la pratique des soins de développement à plusieurs niveaux, ce qui conduit à des contraintes vis-à-vis de ces soins :

➤ *Organisation des infirmières :*

Premièrement, l'exiguïté du service implique dans l'organisation des infirmières des difficultés à appliquer les soins de développement. D'une part, le manque de place engendre des désagréments sonores pour le prématuré lors des déménagements des couveuses. D'autre part, cette exiguïté implique un manque d'intimité pour la famille. Face à ces obstacles, les soignantes s'organisent au mieux afin de répondre aux besoins des prématurés et de leurs parents.

Deuxièmement, le temps, la charge de travail et l'état de l'enfant apparaissent comme des difficultés dans l'organisation des infirmières. D'une part, le temps constitue un facteur défavorisant car les soignantes disposent de moins de disponibilité vis-à-vis de l'enfant et de sa famille. Elles citent des difficultés organisationnelles vis-à-vis des parents parfois, car ces derniers ne respectent pas les rythmes de sommeil de l'enfant. D'autre part, ce manque de temps est le reflet d'une charge de travail importante dans le service et nécessite donc une réadaptation et des aménagements du travail de l'infirmière. Ensuite, l'état de l'enfant implique des difficultés pour les soignantes car certains soins de développement ne peuvent être appliqués en raison de son état de santé. Si la situation se péjore, les soignantes ne peuvent pas effectuer certaines interventions, l'urgence devenant prioritaire. En outre, selon les priorités, elles passent parfois moins de temps auprès des autres prématurés, ce qui entraîne des limites dans l'application des soins de développement.

Troisièmement, plusieurs infirmières éprouvent des difficultés en lien avec un manque de matériel, élément qui perturbe leur organisation. Parfois, il manquerait des couvertures pour protéger les bébés de la lumière. De plus, certaines pensent que du matériel électrique sans câble faciliterait leur organisation compte tenu de l'exiguïté du service.

Pour finir, les soignantes relèvent des difficultés relatives à l'organisation des médecins. En effet, elles soulignent qu'il est difficile certaines fois de respecter les rythmes du prématuré et d'organiser leurs soins en raison de l'heure indéterminée de la visite médicale.

➤ *Vécu professionnel :*

Par ailleurs, le manque d'information et de formation concernant les soins de développement s'avère contraignant dans la pratique et l'application de ces derniers. En effet, toutes les soignantes souhaitent bénéficier d'une formation concernant les soins de développement afin de perfectionner et d'uniformiser leur pratique et ainsi améliorer la prise en charge des nouveau-nés prématurés au travers de ces soins.

En regard des éléments ci-dessus, les soins de développement peuvent être considérés comme contraignants pour les infirmières de l'échantillon. Cependant, certains éléments relatés par ces dernières montrent que la pratique et l'application de ces soins sont facilitées. En effet, l'expérience influence positivement l'application des soins de développement et donc la prise en charge des prématurés. De plus, comme les infirmières ont l'habitude de mettre en place ces soins dans la prise en charge quotidienne des nouveau-nés prématurés cela implique que cette méthode de soins n'est pas une source de stress. En outre, les soignantes sont unanimes quant à l'efficacité et l'utilité de ces soins dans leur pratique. Enfin, ceux-ci impliquent un vécu professionnel positif pour les infirmières de l'échantillon, dû fait que cette méthode de soins leur apporte une gratification et une satisfaction professionnelle importante.

On constate donc que, malgré certaines difficultés mises en avant par les infirmières par rapport à la pratique et à l'application des soins de développement, ces dernières arrivent tout de même à réadapter leur organisation et à trouver du soutien auprès de leurs collègues. De plus, elles affirment avoir un vécu professionnel positif. Ces aspects m'amènent donc à valider partiellement l'hypothèse 1. Cependant, malgré leur satisfaction, les infirmières citent de nombreuses contraintes, ce qui engendre un questionnement de ma part par rapport aux données récoltées et aux divergences perçues dans ces propos. Ainsi, je peux dire que l'aspect « contraignant » des soins de développement est peut-être subjectivement peu ressenti par les soignantes car elles ont acquis de l'expérience et une habitude facilitant leur prise en charge. Par ailleurs, au niveau organisationnel, l'aspect « contraignant » est objectivement éprouvé par les infirmières de l'échantillon compte tenu des diverses difficultés mentionnées ci-dessus ainsi que par les imprévus présents dans une unité néonatale (parents à accueillir, nouveaux patients, etc.).

6.2 Hypothèse 2 :

L'hypothèse « **La pratique des soins de développement implique une relation plus difficile avec le personnel soignant pour les infirmières** » est partiellement validée.

Les dires des soignantes concernent non seulement l'équipe infirmière, mais aussi l'équipe médicale, c'est pourquoi je vais séparer ces deux parties, afin d'argumenter la validation partielle de l'hypothèse 2.

➤ *Collaboration/relation infirmières :*

Les infirmières ne constatent pas de difficultés relationnelles avec leurs collègues dans la pratique et l'application des soins de développement.

Effectivement, elles constatent que les relations sont de qualités car la dynamique de groupe de l'équipe tend vers le concept « soins de développement ». En effet, elles soulignent que si l'équipe agit dans un même but, la pratique et l'application de ces soins est facilitée et par conséquent les relations entre infirmières sont également favorisées. De plus, elles ajoutent que, comme mentionné plus haut, les collègues peuvent être une source de soutien dans l'application de ces soins.

Cependant, certaines infirmières soulignent que même si elles vont dans le même sens, elles ont des pratiques de soins divergentes. Selon elles, la façon d'appliquer les soins de développement varie d'une infirmière à l'autre. Ces divergences pourraient provenir du manque de formation ou d'information exprimé plus haut ou encore d'un manque de volonté, qui se répercute dans la continuité des soins auprès du prématuré. Toutefois, ce manque de continuité dans les soins ne représente pas un problème par rapport à la collaboration, selon les infirmières de l'échantillon.

➤ *Collaboration/relation infirmières et médecins :*

Les infirmières ont relevé que les relations avec les médecins du service ne sont pas optimales. En effet, il existe plusieurs difficultés par rapport à la collaboration entre médecins et infirmières.

D'une part, ces dernières soulignent que les obstacles à la collaboration concernent le moment de la visite médicale. En effet, les infirmières éprouvent des difficultés dans le respect des phases de sommeil de l'enfant et dans le regroupement des soins, ceci dû au fait que la plupart des médecins n'intègrent pas la méthode des soins de développement dans leur pratique professionnelle et que les visites médicales ne respectent pas les rythmes des nouveau-nés prématurés. D'autre part, elles ressentent parfois des problèmes de communication avec leurs collègues médecins car il leur est difficile d'imposer leur avis. De plus, elles ajoutent que la collaboration varie d'un médecin à l'autre.

Ensuite, les infirmières du service mettent en avant que le manque de connaissances et le refus d'adhésion de certains médecins aux soins de développement impliquent également des difficultés relationnelles. Enfin, les soignantes soulignent que les relations avec les médecins seraient améliorées si ces derniers intégreraient cette méthode de soins dans leur pratique professionnelle. Force est de constater que la collaboration entre les infirmières et les médecins dans l'application des soins de développement peut engendrer des difficultés.

Cette hypothèse, en regard des deux parties traitées, est donc partiellement validée. En effet, la première partie contredit l'hypothèse, tandis que la deuxième partie la valide.

6.3 Hypothèse 3 :

L'hypothèse « **La pratique des soins de développement implique une relation plus facile avec les parents et les prématurés pour les infirmières** » est validée par les propos des infirmières.

Cette hypothèse se divise également en deux parties : une concernant la relation avec les parentes et l'autre concernant la relation avec les prématurés.

➤ *Prise en charge/relation avec les parents :*

Les infirmières trouvent que la prise en charge des parents avec les soins de développement est facilitée et améliorée. Ces dernières soulignent que la prise en charge des parents est source de satisfaction et de gratitude. Elles mettent également en avant le contentement des parents comme indicateur de satisfaction. Par ailleurs, selon elles, les soins de développement influencent de manière positive la relation avec les parents car ces derniers sont rassurés vis-à-vis à la prise en charge de leur enfant. En effet, les parents se sentent moins stressés de voir que l'infirmière prête attention au confort et au bien-être de leur enfant. Par conséquent, aux dires des soignantes, les relations entre parents et infirmières sont plus sereines. De plus, selon elles, les soins de développement permettent une ouverture de la relation entre parents et infirmières. En outre, cette méthode de soins améliore et facilite la prise en charge des parents selon les soignantes car ceux-ci sont intégrés dans les soins de leur enfant.

Cependant, les infirmières relatent que certaines difficultés peuvent apparaître. En effet, ces dernières proviennent de leur organisation du travail. De plus, les infirmières relatent que les parents eux-mêmes peuvent être source de difficultés. En effet, certaines fois les parents peuvent prendre trop de place dans la prise en charge de leur enfant et ainsi, le respect des rythmes de ce dernier est perturbé ainsi que l'organisation de l'infirmière.

Enfin, malgré quelques difficultés recensées par les infirmières de l'échantillon, toutes sont unanimes quant à dire que les soins de développement améliorent leur prise en charge et leur relation avec les parents. Par conséquent, l'hypothèse ci-dessus se vérifie.

➤ *Prise en charge/relation avec les prématurés :*

La prise en charge des prématurés avec les soins de développement est facteur de satisfaction et a une influence positive sur la relation des infirmières avec les prématurés. Cette source de satisfaction relatée par les infirmières vient du fait que ces dernières constatent que leurs actions auprès des bébés sont bénéfiques. Par ailleurs, elles soulignent que la prise en charge des prématurés au moyen de ces soins est améliorée, car ils permettent à l'enfant d'être calme, de favoriser son bien-être et son confort et d'humaniser les soins. Elles relèvent en outre l'amélioration de la compréhension des comportements de nouveau-né prématuré grâce aux soins de développement. En effet, les soignantes relatent qu'elles disposent de ressources pour calmer l'enfant et de moyens pour individualiser sa prise en charge, laquelle se trouve améliorée.

En outre, les difficultés relatées par les infirmières proviennent de leur organisation de travail. Cependant, comme ces dernières n'entravent pas la prise en charge et les relations des infirmières par rapport aux prématurés, cette hypothèse est validée.

7. Synthèse

A travers ce mémoire, je souhaitais découvrir le vécu de l'infirmière travaillant en néonatalogie par rapport à la pratique des soins de développement auprès des prématurés. A la suite de l'analyse et des vérifications d'hypothèses, je peux maintenant répondre à ma question centrale de recherche, soit « **Quel est le vécu professionnel de l'infirmière face à l'utilisation des soins de développement en néonatalogie, dans la prise en charge des nouveau-nés prématurés** » ?

Les objectifs de recherche permettant de répondre à cette question consistaient d'une part à identifier et à considérer les facilités et les difficultés de l'infirmière au niveau de la pratique et dans l'application des soins de développement et d'autre part, à identifier et à apprécier les facilités et difficultés de l'infirmière au niveau relationnel avec l'équipe pluridisciplinaire, les parents et les prématurés dans l'utilisation des soins de développement. Je constate que ces deux objectifs de recherche sont atteints car, au travers de l'analyse, j'ai pu identifier et considérer les facilités et difficultés des infirmières sur les différents points à traiter.

Quant à la question centrale de recherche elle trouve réponse au travers de plusieurs indicateurs. Tout d'abord, même si des difficultés de définitions sont apparues, je peux dire que le vécu professionnel des infirmières est positif et satisfaisant à travers les soins de développement. La totalité des infirmières éprouvent une satisfaction importante en travaillant avec ces soins. D'autre part, elles insistent sur l'intégration de cette méthode dans leur prise en charge et mettent en avant des apports positifs en termes de « gratification », d'« amélioration de la prise en charge », de « qualité des soins », d'« adhésion aux soins », etc. D'un point de vue plus détaillé, les infirmières ont un vécu positif par rapport à la pratique et à l'application de ces soins, malgré quelques difficultés pouvant perturber cette pratique, notamment l'exiguïté des locaux, le temps, la charge de travail, l'état de l'enfant, l'organisation du service et les parents. Ces difficultés organisationnelles montrent que l'application et la pratique des soins de développement sont contraignantes pour les infirmières. Toutefois, elles ne provoquent pas de stress chez les soignantes, ne sont pas constantes et sont compensées par la satisfaction professionnelle retirée par les infirmières de l'échantillon. De plus, les soignantes peuvent trouver du soutien auprès de leurs collègues. Toutefois, les infirmières mettent l'accent sur le besoin de formation et d'information concernant les soins de développement pour améliorer leur vécu professionnel.

Par ailleurs, par rapport aux relations avec les usagers, les infirmières attestent d'une bonne collaboration générale, malgré quelques difficultés rencontrées vis-à-vis des médecins et de la famille. Premièrement, les infirmières soulignent que la collaboration entre collègues infirmières est satisfaisante et facilitée par la dynamique de l'équipe. Cependant, certaines infirmières relèvent une difficulté, à

savoir parfois le manque de continuité dans les soins auprès de l'enfant. Deuxièmement, la collaboration avec les médecins n'est pas optimale selon les infirmières. En effet, deux difficultés interviennent là-dedans, à savoir le moment de la visite médicale et le manque d'adhésion des médecins aux soins de développement. Troisièmement, les infirmières de l'échantillon soulignent que la prise en charge des parents est améliorée. De plus, selon elles, cette méthode de soins facilite la relation avec les parents et leur procure satisfaction. Par ailleurs, elles mettent en avant l'importance et le bénéfice de l'intégration des parents aux soins de leur enfant. Toutefois, elles relatent que certaines fois les parents peuvent être une source de difficulté vis-à-vis de leur implication auprès de leur enfant. En outre, la prise en charge des prématurés est mentionnée comme positive. En effet, les soignantes relèvent que ces soins améliorent la prise en charge de l'enfant et favorisent leur reconnaissance des comportements du nouveau-né prématuré. Par conséquent, elles ont le moyen de répondre au mieux au bien-être de l'enfant. Malgré certaines difficultés déjà relatées, les infirmières considèrent leur vécu comme source de satisfaction.

En définitive, en réponse aux dires des infirmières, la question centrale de recherche trouve réponse positive en terme de vécu professionnel satisfaisant pour les infirmières de l'échantillon.

8. Synthèse comparative

8.1 Tableau comparatif des résultats entre le service du canton du Valais (VS) et du canton de Vaud (VD)¹⁸⁸ :

	SIMILITUDES VALAIS ET VAUD	SPECIFICITES VALAIS ET VAUD
Thème 1 : Pratique et application des SD		
<u>Sous thème :</u> SD : définition, objectifs, soins utilisés	<p>1. <u>La définition des SD :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - difficulté à énoncer une définition (recherche de mots justes, longue réflexion) - connaissances solides sur les SD <p>2. <u>Objectifs des SD :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - le confort du prématuré <p>3. <u>SD utilisés :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - SD utilisés aussi rigoureusement que possible - SD intégrés dans le service <p>4. <u>Utilité et efficacité des SD :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - notions approuvées par les infirmières - aspects positifs des SD (soins de qualité) 	<p>2. <u>Objectifs des SD :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - le développement harmonieux de l'enfant (VS)

¹⁸⁸ Les éléments du tableau comparatif proviennent des propos de la majorité des infirmières des deux cantons interrogées.

<p><u>Sous thème :</u> Organisation de l'infirmière</p>	<p>1. <u>Difficultés dans l'organisation :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - le temps, la charge de travail et l'état de l'enfant - le manque de matériel (couvertures pour les isolettes) - les horaires des soins pas respectés par les parents <p>2. <u>Facilités dans l'organisation :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - l'équipe agit dans le même but (confort de l'enfant) <p>3. <u>Vécu de l'organisation :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - une organisation sans source de stress - une satisfaction dans l'organisation - une connaissance et un apprentissage des SD basés sur les collègues 	<p>1. <u>Difficultés dans l'organisation :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - l'exiguïté des locaux (VS) - l'organisation du service (regroupement des soins parfois difficile (VS)) - l'implication trop grande des parents aux soins de leur enfant (VS) <p>2. <u>Facilités dans l'organisation :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - l'expérience professionnelle avec les SD (VS) - la structure du service (VD)
<p><u>Sous thème :</u> Vécu professionnel</p>	<p>1. <u>Vécu professionnel :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - le vécu des infirmières est positif (satisfaction, gratification importante au travers des SD) <p>3. <u>Difficultés dans le vécu professionnel :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - le manque de formation et d'information concernant les SD 	<p>1. <u>Vécu professionnel :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - une prise en charge plus "humaine" (VS) <p>2. <u>Confiance professionnelle :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - une amélioration de la confiance grâce aux SD (VD) - pas de changement de la confiance professionnelle pour la majorité des soignantes (VS) <p>3. <u>Difficultés dans le vécu professionnel :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - la hiérarchie (VD) <p>4. <u>Facilités dans le vécu professionnel :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - l'encouragement à pratiquer les SD (VD)

Thème 2 : Relations au travail et avec les usagers		
<u>Sous thème :</u> Collaboration/relation infirmières	<p>1. <u>Relation entre infirmières :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - l'équipe est une source d'entraide - une bonne collaboration sans source de stress - une pratique des SD différente entre les infirmières <p>2. <u>Obstacles à la collaboration :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - la volonté pourrait freiner la collaboration 	<p>2. <u>Obstacles à la collaboration :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - le manque de continuité dans la mise en place des SD (VS) - la difficulté des infirmières par rapport au besoin des parents (pratique identique entre infirmières) (VD)
<u>Sous thème :</u> Prise en charge/relation avec les parents	<p>1. <u>Prise en charge des parents :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - une amélioration de la prise en charge et des relations - une prise en charge satisfaisante pour les infirmières - une prise en charge centrée sur l'intégration des parents aux soins et sur l'enseignement <p>2. <u>Difficultés dans la prise en charge :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - l'implication trop grande des parents aux soins de leur enfant 	<p>1. <u>Prise en charge avec les parents :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - une ouverture à la relation avec les parents (VS) <p>2. <u>Difficultés dans la prise en charge :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - l'adhésion des parents aux SD et aux infirmières (VD) - non observance du cadre de la part des parents (VD) - l'implication trop grande des parents aux soins de leur enfant (VD) - le manque d'intimité pour les parents (VS) <p>3. <u>Facilités dans la prise en charge :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - l'intégration des parents aux soins de leur enfant (VS)

<u>Sous thème</u> : Prise ne charge/relation avec les prématurés	<p>1. <u>Prise en charge du prématuré</u> :</p> <ul style="list-style-type: none">- une prise en charge axée sur l'enfant- une relation avec le prématuré satisfaisante- une amélioration de la prise en charge- une meilleure compréhension des comportements de l'enfant <p>2. <u>Difficultés dans la prise en charge</u> :</p> <ul style="list-style-type: none">- le temps et la charge de travail- le manque de formation et d'information concernant les SD	
--	---	--

8.2 Besoins formulés par les infirmières au niveau des soins de développement :

CANTON DU VALAIS	CANTON DE VAUD
- Formation et information sur les SD pour les infirmières	- Formation et information sur les SD pour les infirmières
- Formation et information sur les SD pour les médecins	- Formation et information sur les SD pour les médecins
- Mise en place de colloques infirmiers sur les SD	- Mise en place de colloques infirmiers sur les SD
- Mise en place de colloques infirmiers et médecins sur les SD	- Mise en place de colloques infirmiers et médecins sur les SD
- Besoin de matériel (couvertures qui recouvrent l'entier de la couveuse, matériel électrique sans câble)	- Besoin de matériel (plus de couvertures pour recouvrir les couveuses des prématurés)
- Agrandissement et réaménagement du service de la néonatalogie	- Plus de transmissions aux infirmières de la part du groupe de travail « soins de développement »
- Plus d'intimité pour les parents (pour la méthode kangourou)	
- Adaptation de l'heure de la visite médicale aux rythmes des prématurés	
- Uniformisation des pratiques professionnelles des médecins entre eux	
- Un médecin chef pour le service de néonatalogie uniquement	
- Application et pratique des SD au niveau des médecins	
- Amélioration de la prise en considération par les médecins de l'expérience des infirmières par rapport aux SD	
- Augmentation de l'effectif infirmier	

8.3 Analyse comparative :

A travers le tableau comparatif des résultats et des besoins des infirmières, ma collègue et moi constatons que ces dernières formulent des difficultés et des besoins similaires dans l'application des soins de développement, mais présentent plus de diversités dans les relations de l'infirmière.

8.3.1 Pratique et application des soins de développement :

D'une part, les notions de soins de développement se révèlent similaires et proches des définitions présentes dans la littérature, ce qui indique que ce concept de soins semble bien intégré dans l'esprit des soignantes. Toutefois, une difficulté apparaît quand les participantes doivent définir ces soins. Selon nous, cette méthode faisant partie de la prise en charge globale des infirmières, ces dernières peuvent éprouver des difficultés à dissocier ce concept du reste de leur pratique professionnelle. Nous pouvons également dire que les soins de développement trouvent maintenant leur place dans les services de néonatalogie et se pratiquent de façon appliquée¹⁸⁹ grâce à l'habitude et à l'expérience des professionnelles. De plus, les infirmières des deux échantillons effectuent ces soins le plus rigoureusement possible et reconnaissent leur utilité et leur efficacité. Ces affirmations nous poussent à penser que cette pratique constitue une réelle ressource dans les services et implique de nombreux aspects positifs.

D'autre part, les difficultés éprouvées dans l'organisation des soignantes sont semblables. Les infirmières font état de plusieurs contraintes. Le manque de temps, la charge de travail et l'état de l'enfant sont des problématiques délicates en raison des variations organisationnelles qu'elles entraînent. En effet, la charge de travail varie beaucoup selon les journées et le temps mis à disposition peut se restreindre. Les infirmières doivent donc s'adapter continuellement à ces variations et réajuster leur prise en charge en fonction des priorités et selon l'état de l'enfant, ce qui constitue une limite dans l'application de la méthode. A ce sujet, l'amélioration proposée par les infirmières valaisannes consisterait à augmenter l'effectif. Nous pensons que ce changement doit bien être réfléchi pour ne pas prêter à la fois l'institution et le travail de l'infirmière. Par exemple, si le service décide d'engager du nouveau personnel, les infirmières peuvent être trop nombreuses un jour en raison des fluctuations de charge de travail, d'où une difficulté organisationnelle de la part des employeurs et une moindre activité des infirmières. Malgré ces contraintes, les soignantes des deux échantillons ont conscience de cette problématique et modifient en conséquence leur programme journalier. En outre, un manque de matériel est ressenti par les infirmières. Ce problème nous indique d'une part que ces dernières expriment la volonté d'appliquer au mieux les soins de développement, mais d'autre part, que cette méthode demande du matériel et des locaux adaptés. A ce sujet, nous remarquons une différence entre les deux services. Celui du canton du Valais

¹⁸⁹ Après investigation auprès des services de néonatalogie suisses. Cf. annexe 3.

relate l'exiguïté des locaux, alors que celui du canton de Vaud exprime des facilités en lien avec la structure du service (réaménagement il y a quelques mois, détecteur à décibels, chambres séparées par des rideaux). Nous pensons que ces différences viennent de la sectorisation des services au sein des deux hôpitaux. En effet, l'établissement vaudois comporte un grand service de néonatalogie avec des infirmières et des médecins propres à celui-ci, alors que l'hôpital valaisan se compose d'un service de néonatalogie intégré à la pédiatrie avec une équipe médicale commune. Il convient de soulever à ce propos que le service vaudois accueille les prématurés instables des différents hôpitaux périphériques, dont ceux du canton du Valais. Il est donc plus adapté à la prise en charge de grands prématurés et dispose de 25 lits au sein de l'unité néonatale¹⁹⁰, tandis que le service valaisan en comporte cinq¹⁹¹. Pour toutes ces raisons, il est normal que les deux établissements se différencient par rapport à l'aménagement des locaux et à la place attribuée aux nouveau-nés.

Ensuite, la pratique et l'application des soins de développement n'engendrent pas de stress pour les infirmières et constituent une source de gratification et de satisfaction, ce qui conduit à un vécu professionnel positif. Elles expriment également qu'elles ont un but commun (le confort de l'enfant) facilitant leur organisation. Ces propos rejoignent les contenus trouvés dans la littérature qui exposent majoritairement les apports positifs des soins de développement.

En outre, le service vaudois fait part d'une amélioration de la confiance professionnelle, cet aspect n'étant pas exprimé de façon significative par les infirmières du canton du Valais. Par contre, des difficultés communes interviennent par rapport au manque de formation et d'information, avec une spécificité par rapport à la hiérarchie de la part des infirmières du canton de Vaud. Ces dernières expriment un obstacle hiérarchique qui, selon nous, provient de la place attribuée aux écrits et aux études dirigeant les pratiques de l'établissement. En effet, selon les infirmières, le service vaudois doit se baser sur des études strictes concernant les avantages et les inconvénients de telle ou telle méthode, alors que l'hôpital valaisan s'inspire de Brazelton et du livre de Martel et Milette¹⁹². Une bonne connaissance des soins de développement nous paraît donc essentielle pour une application optimale ainsi que pour uniformiser les pratiques et informer les soignantes, afin qu'elles respectent au mieux ce concept de soins.

Enfin, comme relevé précédemment, je peux affirmer, avec ma collègue, que les soins de développement sont contraignants « objectivement » au vu de toutes les difficultés exprimées par les infirmières. Par contre, « subjectivement », ces soins ne constituent pas des problèmes car les soignantes ont acquis une habitude et une expérience leur permettant de régler les difficultés rencontrées.

¹⁹⁰ Selon un document transmis par la personne ressource du canton de Vaud concernant la philosophie de soins du service.

¹⁹¹ Selon un e-mail transmis par la personne ressource du canton du Valais le 04.06.2010.

¹⁹² MARTEL, M.-J., MILETTE, I. *Les soins du développement : des soins sur mesure pour le nouveau-né prématuré*. Editions Du CHU Sainte-Justine : Montréal (Québec), 2006. 194 pages. ISBN : 2-89619-039-2.

8.3.2 Relations au travail et avec les usagers :

Tout d'abord, au niveau de la collaboration entre les infirmières, l'équipe est considérée comme une source d'entraide et n'engendre ni tension ni stress. Les soignantes affirment également que leurs pratiques des soins de développement divergent entre elles, sans que cela pose problème. Cela nous amène à penser qu'une bonne cohésion d'équipe est essentielle pour de bonnes relations au travail avec les soins de développement. Les obstacles émis par rapport à la collaboration sont un peu différents entre les deux échantillons. Bien que toutes les infirmières expriment des difficultés probables relatives à la volonté de chacune, le service valaisan ajoute le manque de continuité observé parfois dans l'équipe. Quant au service vaudois, il émet une difficulté relative aux besoins des parents d'avoir une pratique des soins uniformisée entre les soignantes. Nous pensons que le manque de volonté pourrait constituer un obstacle pour les infirmières par rapport à l'application des soins de développement. Cet élément peut modifier, voire même faire échouer un tel projet. Comme l'affirment les deux personnes ressources, la volonté des infirmières contribue à renforcer les pratiques.

Ensuite, la collaboration entre infirmières et médecins comprend des différences. Bien que la visite médicale constitue un obstacle pour les deux échantillons en raison de certains médecins qui veulent parfois absolument ausculter les prématurés malgré les réticences des infirmières, nous constatons des propos dissemblables. En effet, le service vaudois met en évidence une collaboration sans source de stress et sans tension, du moment que les infirmières argumentent leurs actions et leurs affirmations, alors que le service valaisan souligne que les relations ne sont pas optimales. Ces divergences trouvent une explication par rapport à l'adhésion des médecins aux soins de développement. En Valais, le corps médical semble avoir des difficultés à percevoir l'utilité de ces soins, alors qu'au sein de l'hôpital du canton de Vaud, les infirmières n'ont pas signalé cet aspect. En effet, si la soignante explique que la visite médicale n'est pas appropriée par rapport au sommeil de l'enfant et qu'elle argumente ses dires, les médecins reviennent plus tard, mis à part si une urgence s'impose. Dans le canton du Valais, par contre, les difficultés relationnelles sont plus liées à l'adhésion des médecins face à ces soins. Ces éléments trouvent peut-être une explication dans le fait que l'hôpital valaisan ne dispose pas d'une équipe médicale propre au service de néonatalogie. Ainsi, certains médecins accordent peut-être moins d'attention au monde de la néonatalogie et donc aux soins de développement. De plus, les infirmières des deux terrains indiquent que la collaboration dépend souvent du médecin, ce qui signale que ces derniers ne sont pas tous complètement ouverts à cette méthode, et ce, dans les deux hôpitaux. Nous constatons, aux travers de ces propos, que la pratique des soins de développement demande du temps, de la disponibilité et une réadaptation continue de la part des professionnels de la santé. Selon nous, ces derniers devraient être conscients de ces aspects, afin de collaborer au mieux, de respecter le plus possible le concept de prise en charge et de diminuer les complications de développement pour le prématuré.

Par ailleurs, la prise en charge des parents met en évidence des apports positifs semblables pour les infirmières des deux cantons, à savoir l'intégration et l'enseignement aux parents, une amélioration de la prise en charge et des relations positives ainsi qu'une satisfaction ressentie par les soignantes. Par contre, l'implication trop grande des parents s'avère être une problématique commune aux deux terrains d'enquête. En effet, les familles souhaitent entrer le plus possible en relation avec le prématuré et semblent parfois « trop » s'impliquer. De ce fait, les parents ne respectent pas les rythmes de leur enfant qui ne doit justement pas subir trop de stimulations. Ces éléments créent donc des difficultés, autant pour les parents que pour les infirmières qui se doivent de « freiner les élans » de la famille. Nous soulignons ici l'importance de l'enseignement. En effet, il est primordial que les soignantes transfèrent leurs connaissances aux parents au moyen d'informations appropriées. Les autres difficultés rencontrées par rapport à la prise en charge des parents divergent entre les deux terrains. Le service valaisan fait part du manque d'intimité des parents. Quant au service vaudois, il relate non seulement une non observance du cadre par les parents, élément rejoignant en partie l'implication trop grande des parents, mais aussi des obstacles relatifs à l'adhésion des parents aux soins et aux infirmières, ce qui n'est pas du tout relevé au sein de l'hôpital valaisan. Nous n'avons que peu d'explications par rapport à cet état de fait. Cependant, nous proposons une hypothèse. Selon nous, comme le service vaudois possède un service de néonatalogie plus grand et de ce fait, plus impressionnant, l'environnement se révèle peut-être plus anxiogène pour la famille. Cette dernière se trouve confrontée à un service vaste où de nombreux professionnels du terrain gravitent. L'atmosphère paraît donc plus angoissante que dans un service plus petit et intime. En outre, le nombre d'infirmières travaillant en néonatalogie est grand (selon une infirmière interrogée, environ 100 soignantes) et implique plus de diversités et de changements de soignantes. Ces éléments angoissants favorisent peut-être l'émergence de réticences de la part des parents par rapport à certaines infirmières, même si le service essaie de privilégier la continuité de la prise en charge. Par contre, au sein de l'hôpital valaisan, le service de néonatalogie est plus petit et donc plus intime. Les parents se sentent peut-être plus entourés et l'environnement ambiant est plus paisible. De plus, comme il y a moins d'infirmières travaillant en néonatalogie (12 soignantes), les parents ont des points de repère plus précis et éprouvent moins d'angoisses et donc, de réticences.

En outre, la prise en charge des prématurés est similaire entre les deux cantons, malgré quelques nuances mineures déjà relatées. En effet, les infirmières évoquent une prise en charge axée sur l'enfant, une satisfaction, une amélioration de leur relation avec les prématurés ainsi qu'une meilleure compréhension de leur comportement. Les difficultés retenues rejoignent celles évoquées plus haut, à savoir le temps, la charge de travail et le manque d'information et de formation aux soins de développement.

Enfin, les infirmières des deux services ont toutes répondu à la question centrale de recherche en affirmant sans équivoque la satisfaction professionnelle éprouvée face à la pratique et à l'application des soins de développement. Au terme de cette synthèse, nous pouvons donc constater que, malgré des divergences au sein des deux terrains d'enquête, les infirmières ont des

contraintes et des besoins similaires. En outre, les hypothèses élaborées avant l'analyse se révèlent majoritairement communes dans leur vérification, mis à part pour l'hypothèse 2 : d'une part, la pratique et l'application des soins de développement sont en partie contraignantes pour les infirmières des deux terrains d'enquête (hypothèse 1) ; d'autre part, concernant les soignantes du canton de Vaud, la pratique de cette méthode n'implique pas une relation plus difficile avec le personnel soignant, alors que le canton du Valais valide partiellement cette affirmation (hypothèse 2) ; enfin, la pratique des soins de développement révèle une prise en charge plus facile avec les parents et les prématurés pour les infirmières des deux échantillons (hypothèse 3).

9. Discussion

Dans ce chapitre, j'expose la validité et les limites de ce travail. De plus, je me positionne sur la crédibilité d'une telle recherche et donne quelques pistes de réflexion.

9.1 Validité interne :

La validité interne fait part de la cohérence et de la crédibilité des résultats tout au long du mémoire. « Elle permet au chercheur qui utilise la méthode qualitative de savoir s'il a bien compris ce que ses informateurs voulaient lui dire ou non. Elle est un moyen méthodologique qui évite au chercheur de mal interpréter le sens que donnent les acteurs sociaux étudiés à leurs actions ou à leurs situations sociales »¹⁹³.

9.1.1 Démarche de la recherche :

Dès le début de cette recherche, ma collègue et moi avons éprouvé un réel intérêt pour les soins de développement et leur contenu. Le fait que le vécu des infirmières ne soit que peu abordé dans la littérature a guidé nos réflexions et nous a poussées dans cette direction. Nous nous sommes donc intéressées aux effets des soins de développement sur les infirmières auprès de deux cantons, afin d'avoir une vision plus large du vécu professionnel et de pouvoir comparer les résultats.

9.1.2 Saisie et récolte des données :

Après avoir élaboré la question centrale, nous avons fait émerger les concepts relatifs au vécu infirmier en ciblant les éléments importants. Nous avons donc pu développer les concepts de « prématurité », « soins de développement » et « prise en charge infirmière » de manière cohérente et en lien avec la prise en charge des enfants prématurés. Le concept relatif à « la prise en charge infirmière en néonatalogie » a fait l'objet de plusieurs réajustements afin de mieux cibler les fonctions des infirmières travaillant en néonatalogie. Pour cela, le livre de Martel et

¹⁹³ Responsable de module : SCHOEPP, C. *La validité d'une recherche qualitative & Recherche en soins infirmiers*. Cours module 2808. Travail de Bachelor - Elaboration du projet. Filière soins infirmiers : Sion, février 2009.

Millette¹⁹⁴ nous a fourni de nombreuses informations et nous a permis d'avoir un regard professionnel face à ce genre de méthode. En ce sens, nous estimons que le cadre conceptuel est complet car il a été exploité largement tout au long de l'analyse au travers des divers témoignages des infirmières. De plus, grâce aux personnes ressources interrogées et aux lectures entreprises, ma collègue et moi avons pu émettre des hypothèses de recherche relatives à la problématique du terrain. La formulation de ces hypothèses a été source de remaniement, afin que ces dernières correspondent au mieux aux avis exprimés par les personnes ressources et par les auteurs recensés dans la littérature. En ce sens, nous trouvons qu'elles ont établi une cohérence face à notre problématique et qu'elles nous ont permis d'exploiter le sujet de façon large. Toutefois, en regard des différents résultats obtenus face aux relations des infirmières par rapport à l'équipe soignante et à celles entretenues avec les médecins, nous élaborerions deux hypothèses différentes, afin de mieux nuancer les types de relations rencontrées vis-à-vis des collègues d'une part, puis des médecins d'autre part.

En outre, la grille d'entretien élaborée avec ma collègue de travail a permis de répondre à la question centrale de recherche et de cerner le vécu des infirmières sous plusieurs dimensions qui nous paraissaient essentielles à relever (pratique et application des soins de développement et relations entre l'équipe infirmière, entre les médecins et les infirmières et relations avec les parents et les prématurés). Ces divers aspects du vécu infirmier nous ont montré plusieurs facettes du ressenti infirmier et ont contribué à accéder à une diversité d'opinions face à ce sujet. Ainsi, la grille d'entretien a ciblé des questions pertinentes et cohérentes en lien avec le vécu professionnel des soignantes. Toutefois, ma collègue et moi avons éprouvé des difficultés lors de l'analyse en raison de la récurrence des réponses de certaines infirmières. Cela a engendré un questionnement de notre part car, en interrogeant les soignantes sur les contraintes liées aux soins de développement, nous avons pris conscience de la subtilité de certaines questions dans les diverses dimensions abordées. En effet, la grille d'entretien comportait dans chaque thème une interrogation relative aux difficultés ressenties par les participantes. Ces dernières ont souvent donné les mêmes réponses, malgré les diverses dimensions abordées. C'est pourquoi, à l'heure actuelle, nous envisagerions une grille d'entretien moins détaillée, privilégiant plutôt des questions larges concernant les difficultés des soignantes en général, tout en les orientant vers diverses dimensions. Cependant, la grille d'entretien nous a permis d'avoir une vision complète de la problématique et d'accéder à un large éventail de réponses.

Concernant la méthode de récolte des données, le choix d'effectuer des entretiens semi-directifs nous a paru cohérent et judicieux dans ce type d'investigation car le vécu des infirmières s'insère dans une démarche qualitative centrée sur les propos exprimés spontanément par les soignantes. Nous avons donc mesuré l'importance d'entreprendre des entretiens avec cet outil d'investigation car nous avons pu entrer

¹⁹⁴ MARTEL, M.-J., MILETTE, I. *Les soins du développement : des soins sur mesure pour le nouveau-né malade ou prématuré*. Editions du CHU Sainte-Justine : Montréal (Québec), 2006. 194 pages. ISBN : 2-89619-039-2.

en relation avec les infirmières et plonger au cœur de leur vécu et de leurs besoins. Par ailleurs, rencontrer des professionnelles expérimentées et désireuses d'améliorer la prise en charge des nouveau-nés prématurés nous a beaucoup apporté. Par contre, comme il s'agissait d'une recherche initiale, nous ne pouvons exclure que la maîtrise de l'entretien ne soit pas optimale. Toutefois, nous sommes satisfaites de la quantité et de la richesse des informations apportées par les infirmières, connaissances qui nous seront certainement utiles à l'avenir.

9.1.3 Crédibilité et authenticité de la démarche :

Le thème choisi nous a permis de mieux comprendre le vécu des infirmières et les difficultés qu'elles rencontraient dans la pratique des soins de développement. En ce sens, cette recherche nous a donné l'opportunité de réfléchir sur les aspects émotionnels et sur la prise en charge qu'impliquait une telle méthode de soins. De plus, les résultats obtenus ont pu être corrélés aux contenus de la littérature et aux propos des personnes ressources interrogées. Ce point nous a montré que l'implantation d'une méthode de soins prend du temps et que les changements qu'elle implique conduisent à des réajustements de la part de tous les professionnels de la santé. En ce sens, cette démarche trouve une réelle crédibilité car elle cible des infirmières pratiquant les soins de développement. De plus, ce travail montre où en est l'implantation de cette méthode dans les milieux de néonatalogie de la région et permet de mieux comprendre les difficultés inhérentes à cette implantation. Cependant, nous pouvons ajouter une limite face aux changements qui s'effectuent actuellement au sein des deux terrains d'enquête. En effet, ces derniers réajustent certaines notions relatives aux soins de développement, témoignant donc d'une évolution dans l'application de cette méthode. Ces changements peuvent donc fausser les résultats obtenus lors de l'analyse, de nouvelles données pouvant émerger quant aux difficultés et aux facilités des soignantes. Il paraît donc important de souligner ce point et de préciser que les résultats de l'étude ne sont peut-être plus tout à fait d'actualité à l'heure actuelle.

9.1.4 Saturation des données :

Ma collègue et moi avons pu trouver chacune une population répondant à nos critères et à notre question de recherche. Néanmoins, le nombre insuffisant de professionnelles interrogées fixe une limite. Cependant, nous soulignons que les propos des infirmières ont été fidèlement retranscrits, que les discours étaient homogènes et qu'aucune donnée nouvelle n'est apparue qu'on ne puisse classer dans l'un des deux thèmes suivants : « Pratique et application des soins de développement » ainsi que « Relations au travail avec les usagers ». En outre, nous estimons que le seuil de saturation des données a été atteint, les infirmières ayant

apporté de nombreuses notions semblables tout au long des entretiens. Toutefois, il est difficile d'évaluer ce seuil, le ressenti étant différent pour chaque participante et créant, de ce fait, des diversités d'opinions.

9.2 Validité externe :

« La validité externe a trait à la possibilité de généraliser les résultats de recherche et d'appliquer ces résultats à d'autres contextes ou d'autres échantillons »¹⁹⁵.

La recherche entreprise s'est faite dans un contexte particulier. En effet, ma collègue et moi avons interrogé les infirmières des deux échantillons par rapport à leur vécu professionnel. Le nombre restreint d'entretiens et la notion de « vécu » étant pour nous une notion variable et propre à chacune, nous ne pouvons donc nous permettre de généraliser les résultats de la recherche à l'ensemble de la Suisse. Toutefois, certains éléments de cette étude pourraient servir à d'autres services de néonatalogie qui utilisent les soins de développement dans leur prise en charge des nouveau-nés prématurés, en regard des nombreuses similitudes trouvées entre les deux terrains d'enquête étudiés. En outre, il est tout à fait possible de corréler les hypothèses de recherche et le type d'échantillon à d'autres contextes car les exigences de notre travail concernant les critères de la population et ses cibles (les bébés prématurés) peuvent être appliqués à n'importe quel service de néonatalogie utilisant les soins de développement.

9.3 Pistes de réflexion :

Ce mémoire de fin d'études nous amène à entrevoir d'autres ouvertures et possibilités. En effet, les recherches effectuées par rapport aux soins de développement nous ont permis de consolider notre savoir et de pousser notre réflexion vers d'autres pistes. Suite à l'élaboration de ce travail, nous avons compris l'importance de la place de l'infirmière dans la réalisation d'un tel projet. Reste à savoir, maintenant, quelle place occupent les autres acteurs du système de santé. En effet, ces derniers doivent également compter parmi des collaborateurs du projet de soins et il serait donc intéressant d'avoir leur avis. A travers certaines questions, comme les facteurs contribuant à une bonne collaboration entre infirmières et médecins ou infirmières et parents, les chercheurs pourraient pousser la réflexion de façon plus ciblée sur les autres partenaires de soins. De telles questions susciteraient l'intérêt par rapport à l'implantation des soins de développement et à son impact. Nous trouvons intéressant de connaître d'une part l'avis des médecins. Comme affirmé par certaines infirmières du canton du Valais, certains médecins

¹⁹⁵ LOISELLE, C., PROFETTO-McGRATH, J. *Méthode de recherche en sciences infirmières : Approches quantitatives et qualitatives*. Erpi : Québec, 2007, p. 206. ISBN : 978-2-7613-1869-6.

n'adhèrent pas à cette méthode de soins et il y a parfois des résistances de leur part. De plus, cet aspect est repris par une étude anglaise qui affirme que l'obstacle majeur à l'implantation des soins de développement vient de l'équipe infirmière et médicale¹⁹⁶. Il nous paraît donc judicieux et pertinent de soulever ces questions, afin d'avoir des avis objectifs prenant en considération l'équipe entière. D'autre part, la collaboration des parents au projet de soins se révèle bénéfique pour les prématurés et implique la mise en place d'un partenariat avec l'équipe infirmière. Les obstacles soulignés par cette dernière dans les deux terrains d'enquête font part de l'implication trop grande des parents parfois. Les recherches futures pourraient donc s'attarder sur la place des familles dans les soins et les actions pouvant être effectuées par elles. Jacques Sizun, dans un e-mail transmis le 15 avril 2009, a relevé ces éléments en guidant nos réflexions. Les pistes suggérées relataient les droits et les devoirs des parents et des soignants, mais également les domaines pouvant être investis par les parents (visite des fratries, postures du nouveau-né, prise en charge de la douleur) et l'influence des parents sur la qualité des soins. Nous trouvons que de telles recherches prennent sens car les durées d'hospitalisation étant de plus en plus raccourcies, il revient aux parents d'assurer la prise en charge à domicile. Le partenariat avec eux paraît donc évident, mais il reste à déterminer leur rôle, afin de distinguer leurs actions de celles des infirmières et d'assurer la continuité des soins.

En outre, nous espérons que nos résultats serviront dans la pratique professionnelle, autant pour les infirmières que pour les employeurs. Nous pouvons également affirmer que les terrains d'enquête font leur possible pour appliquer au mieux les soins de développement et pour améliorer le travail des infirmières. En outre, des changements s'opèrent, autant pour l'hôpital vaudois que pour l'hôpital valaisan. En effet, ce dernier prépare un projet d'agrandissement des locaux et la majorité des infirmières de l'échantillon vont suivre, dans le courant du mois de juin à septembre, une formation sur le NIDCAP à Brest. Quant au service de néonatalogie vaudois, il effectue actuellement des changements et il modifie les protocoles de soins pour qu'ils soient plus en lien avec les soins de développement. La visite médicale comporte aussi des modifications depuis le début de l'année 2010, avec une collaboration entre infirmières et médecins pour les heures de visite médicale, les soins aux nouveau-nés étant entrepris en-dehors des heures de passage des médecins.

Nous observons donc que depuis nos entretiens, les deux terrains d'enquête évoluent et amènent des changements assurant la promotion des soins de développement. De plus, cette méthode évoluant avec le temps, les services se doivent d'être au clair et de contribuer à l'avancement des pratiques infirmières et à la recherche, objectif qui rejoint une des compétences relatées précédemment dans le travail, à savoir « contribuer à la recherche en soins et en santé ». En outre, cette

¹⁹⁶ HENDRICKS-MUÑOZ, K., PRENDERGAST CAROL, C. Barriers to provision of Developmental Care in the Neonatal Intensive Care Unit: Neonatal Nursing Perceptions. *American Journal of Perinatology* [en ligne]. 2007, Volume 24, N° 2, 71-77.

compétence peut faire le lien avec un article paru récemment¹⁹⁷. Ce dernier annonce l'inauguration d'une maison de naissance à Sion, où l'accouchement se fait sans médication, sans médecin et en partenariat avec le gynécologue et la sage-femme. Ce qui est intéressant dans l'article ne concerne pas ces aspects pour nous, mais la manière dont s'organise l'accouchement. En effet, les nouveau-nés sont accueillis dans le calme et dans la pénombre. Les liens d'attachement sont favorisés en conservant le cordon ombilical et en mettant l'enfant au sein le plus rapidement possible. A la lecture de cet article, nous constatons que les soins de développement prônent ce genre d'environnement sans surstimulation et peuvent être corrélés à ce mode de naissance. Il serait donc pertinent de savoir de quel concept s'inspirent les sages-femmes et quel lien s'établirait avec les soins de développement. Ces derniers pourraient donc élargir leur contenu à d'autres champs, notamment la naissance.

¹⁹⁷ GABBUT, J.-Y. Pour une naissance différente. In : *Le Nouvelliste*. N° du 26.05.2010.

10. Conclusion

Dans ce chapitre, je reviens sur les objectifs d'apprentissage énoncés au début de mon mémoire, puis j'expose les facilités et les difficultés rencontrées au terme de la recherche du point de vue technique, professionnel et personnel.

10.1 Retour sur les objectifs d'apprentissage :

La recherche entreprise m'a permis de valider et de répondre à mes objectifs d'apprentissage énoncés au début de mon travail.

Arrivée au terme de mon mémoire, j'ai pu définir et expliquer les concepts liés à ma problématique, en m'inspirant des propos des personnes ressources et de la littérature. J'ai parcouru de nombreux ouvrages, ce qui m'a permis de consolider mes connaissances. De plus, j'ai expérimenté la conduite d'entretiens en élaborant une grille guidant mes interrogations. J'ai respecté les principes éthiques nécessaires à toute recherche grâce à la demande d'enquête faite auprès de l'hôpital valaisan, à la lettre d'information aux participantes et l'obtention d'une signature du consentement éclairé par toutes les infirmières interrogées. J'ai ensuite analysé mes entretiens en les classant grâce à une grille d'analyse et j'ai assemblé les éléments similaires afin d'en dégager des thèmes. En outre, j'ai élaboré, avec ma collègue, un tableau comparatif des résultats de la recherche, afin de confronter les données recueillies et d'en faire une synthèse commune. Un tableau des besoins des infirmières a également été mis en place afin d'en avoir une vision plus claire. Enfin, j'ai pu évaluer les résultats de ma recherche en proposant des pistes de réflexion et des réajustements.

10.2 Bilan technique :

Les références méthodologiques ont constitué une ressource indispensable dans l'avancement du mémoire. Dès le début, je me suis appuyée sur ces dernières afin de respecter une démarche de recherche cohérente. J'ai donc pu élaborer avec ma collègue des concepts précis et avancer progressivement tout au long du travail en me référant à la théorie. En outre, le cadre conceptuel a constitué une grande ressource dans la compréhension du sujet et des interventions relatives aux soins de développement et aux rôles infirmiers. Ces concepts m'ont permis de mieux cerner la problématique et de développer des compétences propres au sujet. De plus, je suis satisfaite en termes de diversités car les deux terrains de recherche

présentent des différences au niveau de la structure, de la grandeur, du nombre de collègues, de la tranche de prématurité, etc. En outre, les résultats obtenus auprès des infirmières sont positifs. En effet, j'ai pu exploiter de manière globale les informations apportées, répondre à mes hypothèses de recherche et aboutir à une synthèse cohérente avec mon sujet.

Les difficultés liées au bilan technique concernent essentiellement mon manque d'expérience dans ce genre de démarche. En effet, je n'avais jamais élaboré un travail de mémoire et les apports théoriques et méthodologiques m'étaient totalement étrangers. Au commencement de chaque chapitre, il s'avérait difficile pour moi de rédiger de façon claire les informations voulues. Il m'a fallu tester et recommencer la rédaction plusieurs fois afin de comprendre et d'avancer plus clairement dans mon travail. Cependant, arrivée au terme de mon mémoire, j'ai acquis une vision plus large et précise de la méthodologie.

10.3 Bilan professionnel :

Le choix du sujet aboutit à certains avantages selon moi, tant au niveau du terrain d'enquête que d'un point de vue personnel.

D'une part, ce sujet s'avère utile pour les professionnels du terrain et pour les employeurs car l'implantation d'une telle méthode de soins nécessite l'adhésion des professionnels de la santé les plus touchés, à savoir les infirmières. A mon sens, ces dernières, en exprimant leur vécu, leurs difficultés et leurs facilités font émerger des réflexions et un questionnement concernant la qualité des soins. En effet, face aux propos des soignantes, les employeurs et les responsables de service ont l'occasion de cibler les besoins des infirmières et d'amener des changements afin d'améliorer le vécu professionnel et donc la qualité des soins dispensée par les soignantes. En outre, les participantes peuvent prendre conscience de leurs limites, de leurs besoins et de l'état actuel de leurs connaissances au travers des questions posées, ce qui les poussera peut-être à s'informer davantage ou à améliorer leur prise en charge. Je me suis également rendue compte de l'importance d'une bonne cohésion d'équipe dans la pratique des soins. De plus, le besoin d'information et de formation a constitué selon moi un point essentiel à souligner pour une mise en pratique riche et bénéfique des soins de développement.

D'autre part, j'ai pu affiner mes connaissances par rapport à cette méthode de soins et mieux maîtriser ce sujet qui me paraît très utile dans la prise en charge des bébés prématurés. Je pense que je serai plus attentive aux surstimulations engendrées par l'environnement et les gestes des soignantes. En outre, la satisfaction professionnelle éprouvée par les infirmières m'a permis de mieux me positionner en tant que professionnelle face à ce concept de prise en charge. J'ai pu me rendre compte de l'apport positif des soins de développement, tant pour les soignantes que pour les parents et les prématurés. En ce sens, j'adhère totalement

à ce mode de prise en charge et souhaite que ce concept s'élargisse encore pour parvenir à des soins optimaux.

Les difficultés liées au bilan professionnel concernent premièrement les recherches de la littérature au sujet du vécu professionnel des infirmières. En effet, peu de documents y faisaient référence et concernaient l'implantation de ces soins auprès de l'équipe soignante. Ces difficultés ont ainsi confirmé la pertinence de traiter du vécu infirmier. Cependant, ma collègue et moi avons pu contacter des spécialistes qui nous ont fourni de la documentation à ce sujet¹⁹⁸.

Deuxièmement, une autre difficulté provient du fait que je n'ai jamais exercé au sein de l'hôpital valaisan et plusieurs données m'ont sûrement échappé ou étaient erronées. En effet, j'ai parfois éprouvé des difficultés dans l'analyse car je nommais des hypothèses d'explication qui ne correspondaient peut-être pas à la réalité du terrain. Par conséquent, je me rends compte que pour mener une recherche le plus justement possible, il serait préférable d'exercer ou d'observer les participantes pendant au moins une semaine, afin que les résultats obtenus puissent être corrélés à des données vérifiées. Cependant, dans le cursus de la formation et par rapport à une recherche initiale, ces propositions ne peuvent se réaliser que difficilement. C'est pourquoi j'estime important de relever cette difficulté supplémentaire.

10.4 Bilan personnel :

D'un point de vue personnel, ce thème m'a permis d'entrer en relation avec les infirmières et de plonger au cœur de leur vécu et de leurs besoins. Je peux ainsi relever comme éléments positifs la participation volontaire des participantes à l'étude et leur amabilité, qui m'ont été d'une aide précieuse pour la réalisation de ce mémoire de fin d'études.

Les difficultés rencontrées furent l'ampleur de la tâche et le découragement. En effet, à maintes reprises je me suis sentie dépassée par la masse de travail à réaliser et parfois, en cours de route, j'ai éprouvé du découragement. Néanmoins, ma motivation à obtenir mon diplôme d'infirmière et mon intérêt pour cette thématique de recherche m'ont permis d'avancer et de garder une curiosité ainsi qu'une soif de connaissance tout au long de l'élaboration de ce travail. De plus, les encouragements de mes proches, ceux de ma collègue de promotion et de ma directrice de mémoire m'ont aidé dans la réalisation de ce mémoire. En outre, ce dernier m'a rappelé l'importance de la motivation et de l'obstination. Nonobstant

¹⁹⁸ Les spécialistes ont été contacté par e-mail et concernent : M. Wielenga, cité comme auteur au sein du département de néonatalogie d'Amsterdam, qui nous a envoyé une thèse sur les soins de développement et leurs répercussions ; Dr. Sizun, spécialisé en soins de développement à l'hôpital de Brest, qui nous a été également d'une grande aide en répondant à nos questions et en nous envoyant quelques articles sur l'implantation des soins de développement sur les infirmières.

quelques moments de découragement, je crois que les doutes permettent d'avancer.

Enfin, le thème de cette recherche constitue un grand intérêt car il dévoile aux professionnels de la santé, aux employeurs et à tous les autres acteurs du système de santé, le vécu des infirmières par rapport aux soins de développement. Ainsi, ils peuvent prendre en considération les ressentis des soignantes et constituer une aide précieuse dans leur démarche de soins ainsi que dans l'avancement progressif du projet « soins de développement ».

Au terme de ce travail et à l'intérêt que vous lui avez prodigué, j'espère vous avoir offert des pistes de réflexion sur le vécu professionnel de l'infirmière face à la pratique et à l'application des soins de développement en néonatalogie.

« Ne crains pas d'avancer lentement, crains seulement de t'arrêter »

Sagesse chinoise.

11. Lexique¹⁹⁹

Age gestationnel : durée de la grossesse à compter du premier jour des dernières règles, soit en moyenne 280 jours (p. 20).

Age post-conceptionnel²⁰⁰ : c'est l'âge gestationnel du bébé en plus de son âge postnatal. C'est le meilleur reflet de l'âge physiologique de l'enfant. Le résultat correspond à l'âge corrigé du bébé.

Aménorrhées : absence du flux menstruel, en-dehors de l'état de grossesse, chez une femme en période d'activité génitale (p. 31).

Apnée : arrêt plus ou moins long de la respiration, sans répercussion cardiaque (p.66).

Bradycardie : ralentissement du rythme des battements cardiaques. On parle de bradycardie quand le nombre des contractions cardiaques est inférieur à 60 par minute (p. 119).

Cyanose : coloration bleue des téguments due à l'augmentation dans le sang capillaire de l'hémoglobine (p. 212).

Diplégie : paralysie bilatérale, atteignant symétriquement des régions du corps plus ou moins étendues (p. 244).

Epilepsie : affection chronique caractérisée par la répétition de paroxysmes dus à des « décharges électriques », c'est-à-dire à l'activation subite, simultanée et anormalement intense d'un grand nombre de neurones cérébraux (p. 292).

Gestose : synonyme : toxémie gravidique, pré-éclampsie : variété de néphropathie (maladie rénale) de la grossesse avec hypertension artérielle (p. 873).

Hémiplégie : paralysie complète ou incomplète frappant une moitié du corps, entièrement ou partiellement (p. 388).

¹⁹⁹ La majorité des définitions relevées ci-dessous sont tirées de l'ouvrage suivant : DELAMARE, J. *Dictionnaire illustré des termes de médecine*. Maloine. 28^{ème} édition : Paris, 2004. 1046 pages. ISBN : 2-224-02784-2. Le numéro des pages est indiqué à la fin des définitions.

²⁰⁰ Définition tirée du site Internet suivant : <http://www.reanesth.org>

Hémorragie intra-crânienne : effusion d'une quantité plus ou moins considérable de sang hors d'un vaisseau sanguin crânien (p. 393).

Hydramnios : abondance anormale du liquide amniotique (p. 415).

Hypertonie : augmentation de l'excitabilité nerveuse ou de la tonicité musculaire (p. 428).

Hypoglycémie : diminution de la quantité de glucose (sucre de façon générale) contenue dans le sang au-dessous de 0,5 grammes par litre (soit 2,8 millimoles par litre) (p. 431).

Ictère du nouveau-né : coloration jaune de la peau et des muqueuses transitoire, observée chez tous les prématurés et chez la moitié des nouveau-nés ; l'ictère est dû à l'absence passagère d'une enzyme indispensable à la transformation de la bilirubine (pigment biliaire) (p. 439).

Leucomalacie²⁰¹ : dégénérescence de la matière blanche adjacente aux ventricules cérébraux suite à une hypoxie cérébrale ou à une ischémie du cerveau chez les nouveau-nés.

Oligamnios : insuffisance de la quantité du liquide amniotique, qui peut s'abaisser, dans une grossesse à terme, à 100 ou 150 g (p. 617).

Reflux gastro-oesphagien : retour dans l'œsophage du contenu gastrique acide (p. 751).

Surfactant : liquide formant un film très mince et tapissant la face interne des alvéoles pulmonaires. Il joue un rôle très important dans la mécanique ventilatoire (p. 829).

Tétraplégie : (quadriplégie). Paralyse des quatre membres (p.734).

Trémulation : tremblement (p. 868).

²⁰¹ Définition tirée du site Internet suivant : <http://www.chu-rouen.fr/ssf/pathol/leucomalacieperiventriculaire.htm>

12. Références bibliographiques

12.1 Livres :

- ALS, H. *Earliest intervention for preterm infants in the Newborn Intensive Care Unit*. In: Guralnick, M.J. Editions The Effectiveness of Early Intervention: Baltimore, 1996.
- BEE, H., BOYD, D. *Les âges de la vie : psychologie du développement humain*. Editions du Renouveau Pédagogique Inc., 3^{ème} édition : Paris, 2008. 468 pages. ISBN : 9782761326360.
- BLACKBURN, S-T., VANDEN BERG, K-A. *Assessment and management of neonatal neurobehavioral development*. In: Krenner, C., Brueggemeyer, A., Gunderson, L-P. *Comprehensive Neonatal Nursing : A Physiologic Perspective*. Editions W.B. Saunders : Philadelphia, 1993.
- BRAZELTON, T-B., NUGENT, J-K. *Echelle de Brazelton : Evaluation du comportement néonatal*. Médecine & Hygiène, 3^{ème} édition : France (Paris), 2001. 185 pages. ISBN : 2-88049-153-3.
- BRAZELTON, T-B., NUGENT, J-K. *The Neonatal Behavioral Assessment Scale*. Editions Mac Keith Press : Cambridge, 1995.
- CHANTELOT, D., GUY, B., LOUIS SALLE, B. *Néonatalogie*. Arnette 4^{ème} édition : France, 2003. 222 pages. ISBN : 2-7184-1055-8.
- DALLA PIAZZA, S. *L'enfant prématuré*. De Boeck Université : France, Bruxelles, 1997. 179 pages. ISBN : 2-8041-2596-3.
- DELAMARE, J. *Dictionnaire illustré des termes de médecine*. Maloine, 28^{ème} édition : Paris, 2004, 1046 pages. ISBN : 2-224-02784-2.
- DEPELTEAU, F. *La démarche d'une recherche en sciences humaines : de la question de départ à la communication des résultats*. Editions De Boeck Université : Bruxelles, 2003. 417 pages. ISBN : 2-8041-3526-8.

- DONNA L., WONG. *Soins infirmiers en pédiatrie*. Editions Etudes Vivantes : Québec, 2002. 820 pages. ISBN : 2-7607-0657-5.
- LEBOYER, F. *Pour une naissance sans violence*. Editions du Seuil : Paris, 1980. 157 pages. ISBN : 2-02-005576-7.
- LOISELLE, C., PROFETTO-McGRATH, J. *Méthode de recherche en sciences infirmières : Approches quantitatives et qualitatives*. Erpi : Québec, 2007. 591 pages. ISBN : 978-2-7613-1868-6.
- LOUIS, S. *Accompagner son enfant prématuré : De la naissance à 5 ans*. Editions du CHU de Sainte-Justine : Québec, 1^{er} trimestre 2007. 208 pages. ISBN : 978-2-89619-085-0.
- LOUIS, S. *Le grand livre du prématuré : du choc de la naissance à l'arrivée du bébé à la maison*. Editions de l'Hôpital Sainte-Justine : Québec, 2001. 364 pages. ISBN : 2-922770-31-1.
- MARTEL, M.-J., MILETTE, I. *Les soins du développement : des soins sur mesure pour le nouveau-né malade ou prématuré*. Editions du CHU Sainte-Justine : Montréal (Québec), 2006. 194 pages. ISBN : 2-89619-039-2.
- MARTINO, B. *Le bébé est une personne*. Editions Balland : France, 1985. 269 pages. ISBN : 2-7158-0517-9.
- OBLADEN, M. *Soins intensifs pour nouveau-nés*. Springer, 2^{ème} édition : France (Paris), 1998. 450 pages. ISBN : 2-287-59645-3.
- PAILLE, P., MUCCHIELLI, A. *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales*. Edition Armand Colin, 2^{ème} édition : Paris (Montparnasse), 2008. 315 pages. ISBN : 978-2-200-35441-1.

12.2 Polycopiés :

- FRÖHLICH, A. *Premiers contacts - premières expériences : La stimulation basale dans les soins aux prématurés*. Penaten – Infothek. 9 pages. Document transmis par la personne ressource du canton de Vaud le 26.09.2009.

- INGOLD SCHULER, C. *Mémoire – Formation dans le domaine de la santé en HES-SO : memento concernant la législation en matière de protection des données et les règles éthiques*. Novembre 2007. 9 pages.
- Livre de travail, cours de base : *Kinaesthetics et l'art de soigner*. Edition IHD Human Development Research. 2003. 76 pages.
- MICHELI, J.-L. *Polycopié de néonatalogie*. Version avril 2008. 66 pages.
- Responsable de module : SCHOEPP, C. *Entretiens et recherches en soins infirmiers*. Travail de Bachelor - Elaboration du projet. Cours module 2808. Filière soins infirmiers. Sion, février 2009.
- Responsable de module : SCHOEPP, C. *La validité d'une recherche qualitative & Recherche en soins infirmiers*. Travail de Bachelor - Elaboration du projet. Cours module 2808. Filière soins infirmiers. Sion, février 2009.
- Responsable de module : SOLIOZ, E. *La psychologie du développement*. Sciences humaines. Année préparatoire. Filière soins infirmiers. Sion, mars 2007.

12.3 Revues :

- AITA, M., SNIDER, L. The art of developmental care in the NICU : a concept analysis. *Journal of Advanced Nursing* [en ligne]. 2003. Volume 43, 223-232.
- ALS, H. A synactive model of neonatal behavioral organization : framework for the assessment of neurobehavioral development in the premature infant and for support of infants and parents in the Neonatal Intensive Care Environment. *Physical and Occupational Therapy in Pediatrics* [en ligne]. 1986. Volume 6, 3-55.
- ALS, H. Developmental care in the Newborn Intensive Care Unit. *Current Opinion in Pediatrics* [en ligne]. 1998. Volume 10, 138-142.
- ALS, H., GILKERSON, L. Developmentally supportive care in the Neonatal Intensive Care Unit. *Zero to Three* [en ligne]. 1995. Volume 6, 1-10.
- ANSQUER, H. [et al.]. NIDCAP ou Programme Néonatal Individualisé d'Evaluation et de Soins de Développement : Evaluation des procédures

- d'implantation et des résultats. 1-25. Document envoyé par le Dr. Sizun J. le 15.04.2009 (consulté le 20.12.2009)
- GRENIER, A. Prévention des déformations précoces de hanche chez les nouveau-nés à cerveau lésé. *Annales de pédiatrie* [en ligne]. 1988. Volume 35, 423-427.
 - HENDRICKS-MUÑOZ, K., PRENDERGAST CAROL, C. Barriers to provision of Developmental Care in the Neonatal Intensive Care Unit: Neonatal Nursing Perceptions. *American Journal of Perinatology* [en ligne]. 2007. Volume 24, N° 2, 71-77. Envoyé par courrier électronique par le Dr. Sizun le 15.04.2009 (consulté le 11.02.2010)
 - OEHLER, J-M. [et al.]. Beyond technology : meeting developmental needs of infants in the NICU's. *MCN American Journal of Maternal Child Nursing* [en ligne]. 1991. Volume 16, 148-151.
 - PETERS, K-L. Infant handling in the NICU : does developmental care make a difference ? An evaluative review of the litterature. *Journal of Perinatal Neonatal Nursing* [en ligne]. 1992. Volume 6, 67-84.
 - SIZUN, J. [et al.]. Evaluation de l'impact médical des soins de développement. *Archives de pédiatrie* [en ligne]. 2002. Volume 9, Suppl. 2, 109-111.
 - WIELENGA, J.M., SMIT, B.J., UNK, L.K.A. How Satisfied Are Parents Supported by Nurses With the NIDCAP Model of Care for Their Preterm Infant? *Journal Nursing Care Quality* [en ligne]. 2005. Volume 21, n°1, 41-48. Envoyé par courrier électronique par le Dr. Sizun le 15.04.2009. (consulté le 22.08.2009)

12.4 Articles et brochures :

- GABBUT, J.-Y. Pour une naissance différente. In : *Le Nouvelliste*. N° du 26.05.2010 (consulté le 27.05.2010)
- KESSELRING, A. [et al.]. *Les infirmières et la recherche : Principes éthiques*. ASI-SBK : Berne, 2008. 24 pages.

13. Références cyberographiques

- ALS, H., PH, D. Soins développementaux individualisés pour les enfants prématurés. In : *Encyclopédie sur le développement des jeunes enfants* [en ligne]. Septembre 2004. 1-8. Adresse URL : <http://www.enfant-encyclopédie.com/pages/PDF/AlsFRxp.pdf> (consulté le 20.12.2009)
- ALS, H., FRESCHI, M. Identification clinique du stress chez le nouveau-né : applications aux soins. *Revue médicale suisse* [en ligne]. N° 2379. 1-5. Adresse URL : <http://titan.medhyg.ch/mh/formation/print.php3?sid=21952> (consulté le 26.09.2009)
- BARBRE, F. Anesthésie de l'ancien prématuré. *CHU Hôpitaux de Bordeaux* [en ligne]. Octobre 2004, 41 pages. Adresse URL : http://www.reanesth.org/.../12_anesthesie_ancien_premature.pdf (consulté le 23.03.2010)
- CHAMPS, M. Influence de la prématurité sur l'organisation spatio-temporelle et l'élaboration du schéma corporel d'enfants de six ans : étude comparative d'enfants nés prématurément et d'enfants du même âge nés à terme. In : *site ActuPsy* [en ligne]. Mise à jour le 09.11.2004. Adresse URL : http://actupsy.free.fr/prema_pro.htm (consulté le 06.01.2010)
- CHILLAULT, S. [et al.]. Recommandations de soins – NIDCAP. In : *Site officiel de la périnatalité* [en ligne]. 1-14. Mise à jour le 10.02.2009, Pédiatrie 11. Adresse URL : <http://www.périnat-france.org/portail-grand-public/bebe/le-bebe-premature/recommandations-de-soins-NIDCAP> (consulté le 11.12.2010)
- CHILLAULT, S. [et al.]. Soins de Développement en Néonatalogie : guide pratique à l'attention des soignants. In : *Site officiel de la périnatalité* [en ligne]. Mise à jour le 10.02.2009. Adresse URL : <http://www.périnat-france.org/portail-grand-public/bebe/le-bebe-premature/recommandations-de-soins-NIDCAP> (consulté le 11.02.2010)

- Formation pratique: Certificate of advanced studies. In : *HES-SO : Haute Ecole spécialisée de Suisse occidentale* [en ligne]. 1-4. Adresse URL : <http://www.hes-so.ch/CMS/default.asp?ID=1385> (consulté le 12.05.2010)
- GAGNEUR, A. [et al.]. Evaluation de l'impact médical des soins de développement. *Archives Pédiatrie* [en ligne]. 2002, 9 Suppl. 2, 109-111. Adresse URL : http://www.sciencedirect.com/science?_ob=ArticleURL&_udi=B6VKK-46WV6C5-K&_user=6563152&_rdoc=1&_fmt=&_orig=search&_sort=d&_view=c&_acct=c000070070&_version=1&_urlVersion=0&_userid=6563152&md5=feb4def793aeee8a34c70ade4e5d549c (consulté le 11.03.2010)
- Informations des CHU & de la Conférence des Directeurs Généraux de CHRU. *Nidcap : 10 ans d'expérience brestoise en médecine néonatale* [en ligne]. CHU Réseau. Février 2009. 1 page. 09.02.2009. Adresse URL : <http://web.reseau-chu.org/articleview.do?id=1925&mode=2> (consulté le 11.11.2009)
- JACQUEMOT, L. Expérience du NIDCAP en médecine néonatale au CHU de Brest. In : *Site le Sparadrap* [en ligne]. Octobre 2004. 66-69. Adresse URL : <http://www.sparadrap.org/fichier/ACE24B94E57D4C9FBA5D8F4A5284B46F.pdf> (consulté le 16.12.2009)
- La Suisse compte un prématuré pour dix naissances. In : *Swiss info : L'actualité suisse dans le monde* [en ligne]. Juillet 2007. 1-2. Adresse URL : <http://www.swissinfo.ch/fre/archive.html?siteSect=883&sid=7983724&ty=st> (consulté le 28.01.2010)
- Le Nidcap [en ligne]. 1-3. Mise à jour le 11.11.2008. Adresse URL : http://www.famille-madeleine.com/qu'est-ce_que_le_nidcap_.htm (consulté le 16.12.2009)
- L'échelle de Brazelton. In : *T. Berry Brazelton-Centre Brazelton Suisse* [en ligne]. 1-2. Adresse URL : <http://www.brazelton.ch/spip.php?rubrique26> (consulté le 24.03.2010)

- Leucomalacie périventriculaire. In : *CISMeF (Catalogue et Index des Sites Médicaux de langue Française)* [en ligne]. 1-2. Adresse URL : <http://www.chu-rouen.fr/ssf/pathol/leucomalacieperiventriculaire.html> (consulté le 23.03.2010)
- MAMBRINI, C. [et al.]. Implantation des soins de développement et comportement de l'équipe soignante. *Archives de Pédiatrie* [en ligne]. Mai 2002, Volume 9, Suppl. 2, 104-106. Adresse URL : http://www.sciencedirect.com/science?_ob=ArticleURL&_udi=B6VKK-46WV6C5H&_user=6563152&_rdoc=1&_fmt=&_orig=search&_sort=d&view=C&_acct=C000070070&_version=1&_urlVersion=0&_userid=6563152&md5=a16774d1eab9e3c2a9cf26c66fe910b (consulté le 16.12.2009)
- MARPEAU, L., MARRET, S. Grande prématurité, risque de handicaps neuropsychiques et neuroprotection. *J. Gynecol Obstet Biol Reprod* [en ligne]. 2000, Volume 29, n°4, 373-384. Adresse URL : <http://www.sepeap.es/revisiones/archivos/10113.pdf> (consulté le 20.05.2009)
- RATYNSKI, N. [et al.]. L'observation du comportement du nouveau-né : une source pertinente d'informations médicales. *Archives de pédiatrie* [en ligne]. Décembre 2002, Volume 9, Issue 12, 1274-1279. Adresse URL : <http://www.linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0929693XO2000854> (consulté le 16.03.2009)
- RATYNSKI, N. [et al.]. Place d'un programme de soins de développement, le NIDCAP dans une stratégie de prévention et de traitement de la douleur et du stress en médecine néonatale : NIDCAP et douleur néonatale. In : *Centre national de Ressources de lutte contre la douleur* [en ligne]. Juin 2004. 1-5. Adresse URL : http://www.cnrd.fr/article-imprim.php3?id_article=199 (consulté le 16.03.2009)
- RATYNSKI, N. [et al.]. Vos questions - NIDCAP et soins de développement. In : *Site officiel de la périnatalité* [en ligne]. 1 page. Mise à jour le 09.02.2009. Adresse URL : <http://www.périnat-france.org/portail-grand-public/bebe/le-bebe-premature/vos-questions> (consulté le 11.03.2009)

- SIZUN, J. [et al.]. Allaitement maternel et prématurité : intérêts des soins de développement centrés sur l'enfant et sa famille. *Spirale* [en ligne]. 2003. Volume 27, 15-22. ISSN 1278-4699. Adresse URL : http://www.cairn.info/article_p.php?ID_ARTICLE=SPI_027_0015 (consulté le 03.03.2009)
- SIZUN, J. [et al.]. Le NIDCAP, programmes de soins centrés sur l'enfant et sa famille. *Les Dossiers de l'Allaitement* [en ligne]. 2001, n°48, 1-2. Mise à jour le 12 mars 2009. Adresse URL : <http://www.lllfrance.org/Dossiers-de-l-allaitement/da-48-le-nidcap-progammes-de-soins-centrés-sur-l-enfant-et-sa-famille> (consulté le 09.06.2009)
- SIZUN, J. Soins de développements en unité de soins néonataux : une stratégie médicale validée. *Journal de pédiatrie et de puériculture* [en ligne]. 2003, Volume 16, Issue 2, 65-67. Adresse URL : http://www.sciencedirect.com/science?_ob=ArticleURL&_udi=B6VMB-4BD5325-N&_user=6563152&_rdoc=1&_fmt=&_orig=search&_sort=d&_view=c&_acct=C000070070&_version=1&_urlVersion=0&_userid=6563152&md5=5798b211a3356da3eb1aa3aed4feccd4 (consulté le 11.04.2009)
- SIZUN, J. [et al.]. Recherche clinique, soins de développement et NIDCAP : aspects méthodologiques spécifiques. *Archives de pédiatrie* [en ligne]. 2007, Volume 14, 54-57. Adresse URL : <http://france.elsevier.com/direct/ARCPED> (consulté le 25.02.2009)
- SYMINGTON, A., PINELLI, J. Soins de développement pour promouvoir la croissance et prévenir la morbidité chez le nouveau-né prématuré. In : *La Bibliothèque de Santé Génésique de l'OMS* [en ligne]. 2007. 1-2. Adresse URL : <http://apps.who.int/rhl/newborn/reviews/cd001814/fr/> (consulté le 23.03.2010)
- Swiss Society of Neonatology: Neonatology units in Switzerland. 1-2. Adresse URL : http://www.neonet.ch/en/01_Society/neon-units.php?navId=6&print=on (consulté le 13.05.2010)

- TREBAOL, G. La néonatalogie en histoire. In : *site de l'Association du Québec pour enfants avec problèmes auditifs* [en ligne]. 1-3. Adresse URL : <http://www.agepa.surdite.org/revue/161.htm> (consulté le 07.05.2009)
- Understanding the Baby's Language. In: *The Brazelton Institute-Children's Hospital Boston* [en ligne]. 1-2. Adresse URL: <http://www.brazelton-institute.com/intro.html> (consulté le 26.03.2010)
- WAROQUIER, C. Les soins de développement en néonatalogie, le programme NIDCAP [en ligne]. 1-6. Juin 2006. Adresse URL : waroquier.celine.free.fr/nidcap.htm-17K (consulté le 20.02.2009)

Annexes

1. Référentiel des neuf Compétences de l'étudiante lors des stages
2. Grille de l'entretien exploratoire
3. Liste des cantons de Suisse disposant d'un service de néonatalogie
4. Grille d'entretien
5. Lettre pour la demande d'enquête au sein du RSV (Réseau Santé Valais)
6. Lettre à l'attention de la responsable de formation de pédiatrie et de néonatalogie de l'hôpital du canton du Valais
7. Lettre d'information pour les participants de l'étude
8. Document du consentement éclairé
9. Exemple d'une grille d'analyse

ANNEXE 1 : Référentiel des Compétences

L:\ADM\FSO\HES\PEC HES\Dossier des étudiants 2009-2010\Référentiel Des Compétences 3ème Année Bachelor.doc

Référentiel des Compétences 3ème Année Bachelor

au niveau
« expertise »

1. Concevoir une offre en soins en partenariat avec la clientèle, inscrite dans une démarche de soins

L'étudiant-e :

- appréhende la complexité de l'intégration de l'histoire et du contexte de vie de la clientèle (inclut le client et son entourage) dans l'analyse de la situation et la détermination du projet de soins
- se réfère explicitement à des nouvelles connaissances et modèles d'interventions adaptés aux soins infirmiers dans son activité professionnelle
- recourt au jugement professionnel pour analyser la situation et argumenter ses décisions professionnelles
- maîtrise des stratégies d'interventions différenciées et créatives : (éducatives, de promotion de la santé, préventives, diagnostiques et thérapeutiques, de réhabilitation, de suppléance... etc.) dans la gestion des situations rencontrées
- crée des conditions de prise en soins qui garantissent le respect des dimensions légales, déontologiques et éthiques

2. Réaliser l'offre en soins dans la perspective de projets de soins interdisciplinaires

L'étudiant-e :

conduit une relation professionnelle appropriée à chaque situation de soins :

- intègre dans chaque situation relationnelle les caractéristiques propres à la clientèle concernée (âge, état de santé, situation sociale, culture, etc.)
- s'implique personnellement dans le respect de l'altérité du client
- utilise le geste et le soin au corps dans la relation
- met en place et maintient le(s) cadre(s) nécessaire(s) au travail relationnel (relation d'aide, relation thérapeutique, etc.)
- accompagne le client dans la construction du sens de l'expérience vécue

réalise les soins requis :

- détermine les ressources les plus pertinentes à la situation
- discute les moyens pertinents mis en place en tenant compte du contexte
- argumente ses interventions en regard des critères de qualité des soins

organise son travail en tenant compte du contexte :

- argumente les priorités et les opérationnalise
- critique les réajustements opérés dans son activité face à des imprévus
- mobilise les ressources et compétences nécessaires
- délègue, supervise et évalue le travail confié
- garantit l'établissement du dossier de soins et de la qualité des transmissions orales et écrites

3. Promouvoir la santé et accompagner la clientèle dans son processus de gestion de la santé

L'étudiant-e :

- se réfère aux déterminants de la santé pour évaluer les besoins de santé
- accompagne la clientèle dans la clarification de ses demandes et dans la recherche de solutions, respecte ses choix
- choisit et développe des stratégies et des méthodes appropriées à la clientèle et aux situations de promotion et d'éducation
- conduit des actions éducatives
- propose et participe à des projets de santé communautaire
- oriente et motive la clientèle dans ses démarches et dans son utilisation du système de santé

L:\ADM\FSO\HES\PEC HES\Dossier des étudiants 2009-2010\Référentiel Des Compétences 3ème Année Bachelor.doc

4. Evaluer ses prestations professionnelles

L'étudiant-e :

- justifie son auto-évaluation sur la base de connaissances actualisées et de critères de qualité explicites
- recourt systématiquement à la réflexion dans et sur l'action et conceptualise ses interventions
- démontre, dans sa pratique, la prise en compte de l'évaluation de ses pairs et celle de la clientèle

5. Contribuer à la recherche en soins et en santé

au niveau «
expertise »

L'étudiant-e :

- utilise et partage des résultats de recherches dans sa pratique
- participe à des projets de recherche en respectant les principes éthiques
- s'initie à la démarche de recherche en lien avec une problématique de terrain (travail de Bachelor)
- participe au développement de pratiques infirmières relevant de savoirs fondés scientifiquement

6. Contribuer à l'encadrement et à la formation des professionnels de la santé

L'étudiant-e :

- mène des actions d'information et de formation
- participe en tant que pair à l'encadrement d'étudiants dans la réalisation de leurs prestations
- participe à l'intégration de nouveaux collaborateurs
- s'implique dans des processus de changement en cours dans les dispositifs de formation et d'encadrement

7. Coopérer et coordonner son activité avec les acteurs du système socio-sanitaire

L'étudiant-e :

- intègre son activité dans le contexte sociopolitique et économique
- s'engage dans un travail d'équipe et dans des activités en équipe interdisciplinaire et dans les processus décisionnels
- mobilise les ressources du réseau, coordonne et développe des projets communs
- affirme ses valeurs professionnelles pour défendre les droits et intérêts de la clientèle

8. Participer aux démarches qualité

L'étudiant-e :

- évalue la qualité des soins et mesure la satisfaction de la clientèle
- utilise des outils et procédures d'évaluation de la qualité et fait des propositions d'amélioration
- fait preuve d'esprit critique dans l'utilisation des outils et des résultats

9. Exercer sa profession de manière responsable et autonome

L'étudiant-e :

- suit l'évolution des politiques socio-sanitaires et en discerne les enjeux pour sa profession
- intègre régulièrement les nouvelles connaissances et technologies dans sa pratique
- prend des initiatives et assume les décisions relatives à sa pratique professionnelle
- s'engage à contribuer au développement et à la visibilité de la profession infirmière
- contribue à la défense des conditions de travail favorables à un exercice professionnel de qualité et au maintien et au développement de la santé en général
- préserve quotidiennement sa santé dans son travail
- intègre son auto-évaluation et l'évaluation de l'équipe soignante dans une approche critique de son propre positionnement professionnel ainsi que face au développement de la profession

ANNEXE 2 : Grille de l'entretien exploratoire**Entretien exploratoire :****1) Au niveau des soins de développement,****1. Quels soins de développement utilisez-vous dans votre service ?**

Relance : Parmi ces soins, quels sont ceux que vous utilisez fréquemment et/ou systématiquement dans votre prise en charge des enfants prématurés ?

2. Depuis quand les soins de développement sont mis en place dans votre service ? Depuis quand pratiquez-vous les soins de développement ?**3. Depuis quand les soins de développement sont-ils utilisés dans la prise en charge du nouveau-né prématuré (tout de suite après l'accouchement, après stabilisation, en néonatalogie) ?**

Relance : A l'arrivée d'un nouveau-né en néonatalogie, comment s'organise la prise en charge ? Sur quels critères les professionnels de la santé se basent-ils pour appliquer les soins de développement aux prématurés ?

4. Quel est le matériel présent dans le service permettant d'appliquer les soins de développement (local pour les parents, appareil de mesure de décibels, couverture sur l'isolette, alarmes des scopes, etc.) ?

Relance : Que pensez-vous du matériel mis à disposition ? Quelles améliorations sont ou pourraient être envisagées pour améliorer l'efficacité des soins de développement ? Du matériel supplémentaire vous semblerait-il utile ? Pourquoi ?

5. Dans quel but les soins de développement ont-ils été introduits ? A quels avantages s'attendait-on ? Pensez-vous que les soins de développement sont essentiels dans la prise en charge des prématurés ?

Relance : Donc, pour vous, ont-ils favorisé un meilleur développement sur les plans physiologiques et neuro-comportementaux ?

6. Pouvez-vous me préciser les changements relatifs à l'implantation des soins de développement dans l'organisation du service (par rapport au fonctionnement et au rôle professionnel de l'équipe, au développement des prématurés, à la prise en charge des parents) ?

Relance : J'aimerais parler plus précisément de l'organisation au niveau de l'équipe. Est-ce que vous pouvez m'expliquer comment s'organise l'équipe par rapport aux soins de développement et quels sont les acteurs qui en font partie ? Comment se passent les relations entre les membres de l'équipe infirmière par rapport à l'application des soins de développement ? Comment se passent les relations avec les membres de l'équipe pluridisciplinaire (médecins, collègues infirmiers, médecin chef, infirmier chef, etc.) par rapport à l'usage des soins de développement ? Existe-t-il des obstacles à la collaboration pluridisciplinaire ?

7. Quelles améliorations ont apporté les soins de développement à la prise en charge des enfants prématurés ? Quelles sont les difficultés que vous rencontrez dans le fonctionnement du service, toujours par rapport aux soins de développement ?

Relance : Donc, pour vous, quelles seraient les améliorations à mettre en place par rapport à l'organisation du service ?

2) Au niveau du rôle professionnel,

1. Que pensez-vous des soins de développement ?

Relance : Quels sont les avantages et les inconvénients des soins de développement selon vous ? A votre avis, les soins de développement améliorent-ils la prise en charge des prématurés en termes de qualité des soins ?

2. Avez-vous reçu une formation ou des informations par rapport aux soins de développement ?

Relance : Ces connaissances vous semblent-elles suffisantes dans votre pratique professionnelle ? Pourquoi ?

3. Quelles sont les facilités et les difficultés que vous rencontrez par rapport aux soins de développement ?

Relance : Ces soins ont-ils amélioré vos conditions de travail en général ? Quelles améliorations voudriez-vous apporter ?

4. Parmi les soins de développement que vous mettez en pratique, lesquels ont eu le plus d'impact sur votre pratique professionnelle et pourquoi ?

Relance : Contribuent-ils à votre satisfaction professionnelle ? Quels sont ceux qui vous paraissent moins significatifs et pourquoi ? Quelle est votre satisfaction

par rapport à l'implantation des soins de développement dans votre service ?
Quels sont les éléments influençant cette satisfaction ?

5. J'aimerais que vous m'expliquiez comment vous vous situez par rapport aux soins de développement (au niveau émotionnel et physique).

Relance : Les soins de développement améliorent-ils votre propre confiance dans votre rôle professionnel ? Comment vous sentez-vous au travail depuis l'introduction de ces soins ? Sont-ils un facteur de stress dans votre profession et pourquoi ? Que faudrait-il envisager afin de diminuer ce stress ?

6. Améliorent-ils votre capacité à évaluer la situation de l'enfant (évaluation des signes de stress, de douleur, des comportements de l'enfant) ?

Relance : Quels sont les moyens vous permettant d'évaluer l'aspect clinique de l'enfant (grille d'évaluation (APIB ?), expérience professionnelle, protocole, etc.) ?

7. Quels facteurs entravent ou alors favorisent l'implantation du NIDCAP dans votre service ?
-

8. Quels changements les soins de développement impliquent sur votre pratique et sur votre vécu de praticienne ?
-

9. Et qu'implique-t-il du point de vue personnel ?

Relance : Comment vivez-vous l'introduction des soins de développement ?

3) **Au niveau de l'enfant,**

1. Selon vous, les soins de développement réduisent-ils la durée d'hospitalisation des enfants prématurés ?

Relance : Pouvez-vous me donner des hypothèses expliquant cet état de fait ?

2. Permettent-ils de réduire les complications inhérentes aux surstimulations de l'environnement (apnées, bradycardie, stress, douleur, etc.) ?
-

3. Ont-ils une influence positive sur le stress de l'enfant ?

Relance : Selon vous, comment réduisent-ils ces états de stress ?

4. Selon vous, améliorent-ils les comportements sur le plan neurologique et comportemental de l'enfant ?
-

5. Influencent-ils votre prise en charge de l'enfant prématuré en termes de qualité du suivi et de temps accordé à l'enfant ? De quelle manière ?
-

6. Les soins de développement vous permettent-ils de mieux cerner les comportements du prématuré ?

Relance : Vous permettent-ils d'être plus à l'aise face à l'enfant prématuré (surtout pour une jeune infirmière) ?

4) **Au niveau des parents,**

1. Selon vous, les soins de développement favorisent-ils davantage les échanges et l'interaction entre parents et enfants ? Comment et pourquoi ?

Relance : Les soins de développement permettent-ils une présence plus importante des parents au chevet de l'enfant ?

2. Selon vous, les soins de développement engendrent-ils des changements dans la prise en charge parentale (meilleure intégration des parents, meilleure compréhension et prise en charge de leur enfant) ?
-

3. Pensez-vous que les soins de développement permettent d'améliorer votre prise en charge par rapport aux parents (informations plus claires et précises, empathie plus grande, écoute, etc.) ?

Relance : Quelles sont les difficultés que vous pouvez rencontrer par rapport à la prise en charge des parents ? Quelles améliorations estimez-vous nécessaires de mettre en place ? Les soins de développement vous permettent-ils d'aider plus facilement les parents à comprendre le comportement de leur enfant ? Pourquoi et comment ?

ANNEXE 3 : Liste des cantons de Suisse disposant d'un service de néonatalogie (utilisation des soins de développement)

	Utilisation des SD	Pas d'utilisation des SD	Spécificités
Aarau	X		- SD intégrés depuis des années - groupe de travail, mais pas exclusivement sur les SD
Argovie (Baden)	X		- SD intégrés depuis des années - ils appellent les SD, « stimulation basale »
Bâle	X		- pratique des SD intégrée - couvertures sur incubateurs jour et nuit
Berne	X		- SD contenus dans un concept nommé « Kinaesthetics » - travail sur les positions et les sens
Bienne		X	- pas de SD car les grands prématurés sont transférés à Berne
Genève	X		- une infirmière spécialisée en SD dans le service - groupe de travail sur les SD
Grisons (Coire)	X		- groupe de travail et infirmières spécialisées en SD
Lucerne	X		- groupe de travail et infirmières spécialisées en SD
Neuchâtel	X		- groupe de travail sur SD - nouvelle structuration à l'heure actuelle pour mieux appliquer les SD
St-Gall	X		- certaines infirmières spécialisées et une spécialiste en « Kinaesthetics »
Valais (Sion)	X		- pratique des SD intégrée
Vaud (Lausanne)	X		- groupe de travail
Winterthur	X		- infirmières formées en SD → cours - utilisation de la « Kinaesthetics »
Zürich (USZ)	X		- SD compris dans le concept de « Kinaesthetics infant handle »
Zürich (Zollikerberg)	X		- quelques éléments des SD - collaboration avec l'USZ

ANNEXE 3 (SUITE) :

Comme inscrit ci-dessus, le terme « Kinaesthetics » est utilisé dans plusieurs hôpitaux. Il s'agit d'un modèle d'apprentissage²⁰² visant à soutenir les mouvements des patients de manière constructive et adaptée. Il comporte six concepts permettant d'examiner tout processus de mouvement. En néonatalogie, ce terme indique qu'une attention particulière est accordée aux sens des prématurés, selon l'infirmière répondante de l'hôpital de Berne. En effet, le service axe ses interventions sur la promotion des six sens du prématuré, à savoir la vue, l'ouïe, l'odorat, le goût, le toucher et le système sensoriel du mouvement. On peut de ce fait constater que ce modèle rejoint la philosophie des soins de développement qui est comprise dans cette approche. L'hôpital de Zürich, quant à lui, fait référence au concept de « Kinaesthetics infant handling » qui se base sûrement sur le même principe mais avec une spécificité propre aux enfants. Malheureusement, ma collègue et moi ne disposons que de peu d'informations sur ce terme. Enfin, l'hôpital de Baden corréle les soins de développement à la stimulation basale²⁰³. Ce principe favorise la communication, le développement et l'interaction. « Les prématurés ont besoin de beaucoup de proximité physique pour faire des expériences directes et pour pouvoir percevoir d'autres personnes. Ils ont besoin de la personne soignante qui les met en contact, de la manière la plus simple, avec leur environnement et leur permet de se déplacer et de changer de posture, les comprend sans paroles et les soigne en toute sécurité. L'application des principes de la stimulation basale dans les soins aux prématurés sert au soutien de leur développement, à la protection contre la privation sensorielle et l'hyperstimulation, à assurer la relation parent-enfant ainsi que soignants-enfants, à l'assistance des parents concernés en cas de crise et à la sensibilisation des parents ou, le cas échéant, le personnel soignant aux besoins de l'enfant »²⁰⁴. Ce concept est donc à la fois proche des soins de développement et de la « Kinaesthetics ».

²⁰² Ces informations sont tirées du polycopié suivant : Livre de travail, cours de base : *Kinaesthetics et l'art de soigner*. Edition IHD Human Development Research. 2003. 76 pages.

²⁰³ Selon un document transmis par la personne ressource du canton de Vaud : FRÖHLICH, A. *Premiers contacts - premières expériences : La stimulation basale dans les soins aux prématurés*. Penaten – Infothek. 9 pages.

²⁰⁴ Ibid, p. 3.

ANNEXE 4 : Grille d'entretien

Question centrale de recherche	Objectifs de recherche	Questions principales pour l'entretien	Relances	Eléments du cadre de référence
Quel est le vécu professionnel de l'infirmière face à l'utilisation des soins de développement (SD) en néonatalogie, dans la prise en charge des nouveau-nés prématurés ?	Identifier et considérer les facilités et difficultés de l'infirmière au niveau de la pratique et dans l'application des soins de développement (organisation du travail personnel, stress)	<p>Pouvez-vous me définir votre notion de « soins de développement » ? Comment en avez-vous eu connaissance ?</p> <p>Pouvez-vous me donner votre positionnement par rapport à votre prise en charge infirmière des nouveau-nés prématurés avec les SD en termes d'utilité et d'efficacité des soins ?</p> <p>J'aimerais parler plus précisément de l'organisation des soins. Pouvez-vous me préciser les difficultés et les facilités que vous rencontrez dans votre organisation journalière par rapport aux SD ?</p> <p>J'aimerais maintenant que vous m'expliquiez comment vous vous sentez dans votre rôle de professionnelle en utilisant les SD (niveau émotionnel et pratique professionnelle).</p>	<p>Quel est, pour vous, l'objectif principal de la prise en charge des nouveau-nés avec les SD ? Qu'est-ce que cette pratique des soins représente pour vous ? Quels SD utilisez-vous et de quelle façon (tout le temps, selon la gravité de l'enfant, occasionnellement, jamais) ? Quelles difficultés ou facilités à appliquer ces soins éprouvez-vous ?</p> <p>Quels éléments influencent votre organisation personnelle des soins et de quelle façon ? Comment vivez-vous votre organisation journalière des soins (stress, satisfaction, aisance, meilleure organisation, etc.) ? Quelles modifications envisageriez-vous pour améliorer vos conditions de travail (matériel, organisation, locaux) ?</p> <p>Comment vous situez-vous par rapport à votre propre confiance professionnelle ? Est-elle modifiée par les SD ? De quelle façon ? Ressentez-vous des difficultés ou facilités dans votre rôle professionnel ? Quelles attitudes adoptez-vous face à ces difficultés ? Quelles améliorations proposeriez-vous afin de régler ces difficultés ?</p>	<p>Soins de développement</p> <p>Rôles de l'infirmière en néonatalogie</p> <p>Soins de développement</p> <p>Soins de développement</p>

	<p>Identifier et apprécier les facilités et difficultés de l'infirmière au niveau relationnel avec l'équipe pluridisciplinaire, les parents et les prématurés dans l'utilisation des SD (organisation de l'équipe, relations avec le personnel, les parents et les prématurés)</p>	<p>J'aimerais également que vous m'expliquiez comment se passent les relations entre les membres de l'équipe infirmière et aussi entre les membres de l'équipe infirmière et médicale par rapport aux SD.</p> <p>Enfin, pouvez-vous me décrire votre prise en charge des parents puis des prématurés au travers des SD ?</p>	<p>Comment vivez-vous la collaboration entre les membres de l'équipe infirmière dans l'application et dans l'organisation des SD (stress, tension, sérénité, réconfort, soutien) ? Est-elle différente depuis l'introduction progressive des SD (positif ou négatif) ? Et votre collaboration avec l'équipe médicale ? Est-elle différente depuis l'introduction des SD ? Quels sont les obstacles à cette collaboration ? Auriez-vous des améliorations à apporter pour une meilleure collaboration ?</p> <p>De quelle façon les SD influencent votre relation avec les parents et les prématurés (facteurs de satisfaction, déception, etc.) ? Qu'est-ce qui vous amène à ressentir cela ?</p> <p>Pensez-vous que les SD permettent d'améliorer votre prise en charge par rapport aux parents (informations, empathie, écoute) et par rapport aux prématurés (meilleure compréhension des réactions du prématurés, etc.) ? De quelle façon ?</p> <p>Quelles difficultés pouvez-vous rencontrer par rapport à la prise en charge des parents et des prématurés ?</p> <p>Quelles améliorations proposeriez-vous concernant les parents ?</p> <p>Quelles améliorations seraient à apporter au service pour donner les meilleurs soins aux prématurés ?</p>	<p>Vécu professionnel</p> <p>Soins de développement</p> <p>Vécu professionnel</p> <p>Implication des SD sur les parents, infirmières</p>
--	--	--	---	--

Selon vous, en mettant en pratique ces soins, votre satisfaction professionnelle en est améliorée ? Pourquoi ? Est-ce que vous avez dit tout ce qui vous semblait important ?

ANNEXE 5 : Demande d'enquête au sein du RSV

Nom et prénom de l'étudiant/e : Dubosson Juliana
Filière infirmière
Bac 07

Titre provisoire du Travail Bachelor :

L'impact sur les infirmières de la prise en charge des nouveau-nés prématurés en néonatalogie au travers des soins de développement.

Problématique :

De nos jours, les services de néonatalogie accueillent régulièrement des bébés prématurés et ce d'autant plus depuis l'avancement des progrès scientifiques qui permet de sauver des enfants naissant très prématurément. La venue de ces enfants prématurés nécessite une prise en charge de qualité et adaptée aux besoins de l'enfant, au vu des vulnérabilités de ce dernier.

Dans cette optique se sont développés les soins de développement. L'utilisation de ces soins a prouvé son efficacité quant aux bénéfices retirés pour l'enfant et sa famille. En effet, cette prise en charge du prématuré tient compte de ses besoins (environnement calme sans surstimulations sensorielles, présence active des parents, stratégies diverses pour diminuer le stress de l'enfant) et lui permet un meilleur développement sur le plan physique, neuronal, comportemental et psychologique. Il a été démontré que les effets de ces soins permettent d'une part de réduire le risque de complications médicales et de diminuer d'autre part la durée d'hospitalisation, le nombre de jours avec ventilateur et besoin en oxygène, le nombre de jours d'alimentation par gavage.

La mise en place de ces soins se fait par l'intermédiaire des soignants. Les professionnels en ligne de mire sont essentiellement les infirmières. En effet, ces dernières s'occupent quotidiennement des nouveaux-nés prématurés et sont le plus à même de constater l'effet de ces soins sur leur développement. De plus, la tâche des infirmières consiste en un bon exercice des pratiques mises en place et à une adaptation face aux aspects de cette prise en charge (regroupement des soins, présence des parents, rythme de l'enfant à respecter, ...). Cela nécessite une bonne connaissance de la prise en charge, une adaptation régulière ainsi que de la disponibilité pour les familles concernées.

Dans cet ordre d'idées, je me suis posée une question, à savoir quels étaient les effets des soins de développement pour les infirmières travaillant en néonatalogie. La littérature fait souvent état de l'impact positif des soins de développement sur l'enfant et ses parents, mais très peu sur l'infirmière. Je me suis donc penchée sur le ressenti des infirmières qui utilisent les soins de développement au quotidien.

Question/s spécifique de recherche :

Ma question de recherche est d'ordre exploratoire et consiste à cerner le vécu des infirmières concernant les soins de développement dans deux hôpitaux. Le ressenti infirmier se décline en divers thèmes tels que la satisfaction professionnelle face aux soins de développement, le travail d'équipe, l'implantation de ces soins, la relation à l'enfant et aux parents et à la pertinence de ce type de soins.

Objectif/s de recherche :

1. Identifier et considérer les facilités et difficultés de l'infirmière au niveau de la pratique et dans l'application des soins de développement.
2. Identifier et apprécier les facilités et difficultés de l'infirmière au niveau relationnel avec l'équipe pluridisciplinaire, les parents et les prématurés dans l'utilisation des soins de développement.

Les personnes concernées par la recherche :

Les infirmières du service de néonatalogie d'un hôpital du canton du Valais et les infirmières d'un hôpital du canton de Vaud pour ma collègue.

Type d'outil envisagé pour la collecte des données :

L'entretien semi-directif.

Principes éthiques et protection des données :

Afin de respecter les droits des participants à l'étude et de garantir la qualité méthodologique de ma recherche, je me base sur le principe éthique suivant : « La garantie du respect et de la dignité de la personne (l'autonomie, la fidélité et la confidentialité) ».

Ce principe renvoie au fait que la personne participant à une recherche a le droit de demander les informations nécessaires pour une prise de décision sans contrainte, qu'elle a le droit de refuser de participer à la recherche et pour finir qu'elle a le droit de se retirer à tout moment de la recherche.

Dans cette optique, nous allons, ma collègue et moi, informer par écrit les participants de l'étude à l'aide d'une lettre explicative du but de l'étude (obtention de notre diplôme d'infirmière et étude sur l'impact infirmier), du déroulement de l'entretien (durée, enregistrement) et de leurs droits (possibilité de se retirer à tout moment de la recherche). De plus, à cette lettre sera joint un formulaire de consentement éclairé afin de confirmer la compréhension ainsi que l'acceptation des conditions de l'étude pour chaque participant. Pour finir, une fois le mémoire de fin d'études achevé, les données récoltées seront détruites pour garantir l'anonymat mais également pour protéger les participants de l'étude.

Signature de l'étudiant/e :

Signature du directeur/trice de recherche :

ANNEXE 6 : Lettre à l'attention de la responsable de formation de pédiatrie et de néonatalogie de l'hôpital du canton du Valais

Juliana Dubosson
Ch. des Dents du Midi 2
1872 Troistorrents

Troistorrents, le 1 novembre 2009

Hôpital de XXX – CHCVs
A l'attention de
XXXXXXXXXXXXXXXXX
Avenue XXXXXX
XXXXXX

Entretiens semi-directifs en lien avec mon mémoire de fin d'études :

Madame,

Dans le cadre de l'obtention de mon diplôme d'infirmière à la Haute Ecole Valaisanne, domaine santé-social (HES-SO//Valais Wallis), j'entreprends un mémoire de fin d'études dans le but de comprendre l'impact sur les infirmières de la prise en charge des nouveau-nés prématurés en néonatalogie au travers des soins de développement.

Dans le but de documenter mon mémoire, je souhaiterais effectuer des entretiens semi-dirigés avec des infirmiers(ères) du service de néonatalogie du XXXXX.

Chaque entretien durera environ 30 à 45 minutes. Les données recueillies ne seront utilisées que dans le cadre de mon mémoire, elles seront traitées de manière confidentielle et détruites après la validation de mon travail, soit au plus tard en septembre 2010.

Ayant eu l'aval de la Directrice des Soins Infirmiers, je vous sollicite afin de voir l'organisation de ces entretiens et de pouvoir disposer d'une petite salle à votre convenance.

Actuellement, je ne peux encore définir les dates des entretiens mais je vous les transmettrai dès que possible. Enfin, les critères de la population que je souhaiterais interrogée sont les suivants :

- Infirmier(ère) ayant travaillé au moins une année avec les soins de développement
- Personne parlant le français
- Infirmier(ère) travaillant activement dans le service, c'est-à-dire au moins à 50%

Ainsi, j'aimerais savoir quelles démarches je dois entreprendre pour organiser les entretiens semi-directifs et ainsi avancer dans la démarche de mon mémoire de fin d'études. J'aimerais également vous solliciter pour un pré-test dans le but d'assurer la fiabilité de ma grille d'entretien.

Je reste à votre entière disposition pour toutes questions ou renseignements supplémentaires.

En vous remerciant de l'attention que vous voudrez bien m'accorder, je vous présente, Madame, mes salutations distinguées.

Juliana Dubosson

Ps : Je vous ai joint une copie de la lettre d'information destinée aux infirmiers(ères) ainsi qu'une copie d'une feuille d'inscription pour les entretiens.

ANNEXE 7 : Lettre d'information destinée aux participants de l'étude**TRAVAIL DE BACHELOR SUR :****L'IMPACT SUR LES INFIRMIERES DE LA PRISE EN CHARGE DES NOUVEAU-NES
PREMATURES EN NEONATOLOGIE AU TRAVERS DES SOINS DE DEVELOPPEMENT**

Réalisé par Dubosson Juliana, étudiante à la HES-SO/Valais Wallis

Information destinée aux personnes participant à l'étude

Madame, Mademoiselle, Monsieur,

Dans le cadre de l'obtention de mon diplôme d'infirmière à la Haute Ecole Valaisanne, domaine santé-social (HES-SO/Valais Wallis), j'entreprends un mémoire de fin d'études dans le but de comprendre **l'impact sur les infirmières de la prise en charge des nouveau-nés prématurés en néonatalogie au travers des soins de développement**. Directement concerné(e) par ce sujet, vous êtes pour moi une source précieuse de renseignements.

Cette lettre a pour but de vous donner des informations sur cette étude et de vous demander si vous souhaitez y participer.

Vous êtes bien entendu entièrement libre d'accepter ou de refuser. Par ailleurs, même si vous acceptez dans un premier temps, vous pourrez à tout moment changer d'avis et interrompre votre participation sans avoir à vous justifier.

Cette étude vise à analyser le vécu de l'infirmière concernant l'utilisation des soins de développement en néonatalogie. Elle sera menée sous la forme d'une enquête. Si vous acceptez d'y participer, je vous contacterai et fixerai avec vous un rendez-vous en vue d'un entretien. Cet entretien se déroulera à l'hôpital ou un autre endroit de votre choix, au moment qui vous conviendra le mieux. L'entretien que je mènerai seule durera environ 30 à 45 minutes. Il sera enregistré pour rester fidèles à vos propos lors de l'analyse des données. Les bandes magnétiques seront détruites dès la fin de l'étude, c'est-à-dire au plus tard fin 2010.

Au début de l'entretien, je vous donnerai des informations complémentaires et répondrai à toutes les questions que vous souhaitez me poser. Vous serez ainsi en mesure de dire si vous voulez ou non participer à l'étude.

Si vous acceptez de participer, vous signerez un formulaire qui confirmera votre accord (consentement éclairé). Lors de l'entretien, vous serez en tout temps libre de refuser de répondre à certaines questions si elles vous dérangent.

Les données recueillies dans le cadre de cette étude seront analysées de manière strictement anonyme et pourront faire l'objet de publications dans des revues professionnelles.

Je ne peux malheureusement pas vous offrir de compensation en échange de votre participation, mais elle me serait précieuse pour mieux comprendre l'impact des soins de développement sur les infirmières.

Je vous remercie pour l'attention portée à cette information.

Juliana Dubosson

Contacts :

- Dubosson Juliana, étudiante à la HES-SO//Valais Wallis.
Adresse : Chemin des Dents du Midi 2, 1872 Troistorrents
Numéro de téléphone : XXXXXXXXXX
Adresse e-mail : juliana.dubosson@students.hevs.ch

- Dini Sarah, directrice du Travail Bachelor à la HES-SO//Valais Wallis
Adresse : Chemin de l'Agasse 5, 1950 Sion

ANNEXE 8 : Formulaire de consentement éclairé**TRAVAIL BACHELOR SUR :****L'IMPACT SUR LES INFIRMIERES DE LA PRISE EN CHARGE DES NOUVEAU-NES
PREMATURES EN NEONATOLOGIE AU TRAVERS DES SOINS DE DEVELOPPEMENT****Mené par Dubosson Juliana étudiante à la HES-SO//Valais Wallis****Dini Sarah, directrice du Travail Bachelor à la HES-SO//Valais Wallis****Formulaire de consentement éclairé pour les personnes participant au mémoire
de fin d'étude**

Le (la) soussigné(e) :

- Certifie être informé(e) sur le déroulement et les objectifs du mémoire de fin d'études ci-dessus.
- Affirme avoir lu attentivement et compris les informations écrites fournies en annexe, informations à propos desquelles il (elle) a pu poser toutes les questions qu'il (elle) souhaite.
- Atteste qu'un temps de réflexion suffisant lui a été accordé.
- Certifie avoir été informé(e) qu'il (elle) n'a aucun avantage personnel à attendre de sa participation à ce mémoire de fin d'études.
- Est informé(e) du fait qu'il (elle) peut interrompre à tout instant sa participation à ce mémoire de fin d'études sans aucune conséquence négative pour lui-(elle) même.
- Accepte que les entretiens soient enregistrés, puis transcrits anonymement dans un document.
- Est informé(e) que les enregistrements seront détruits dès la fin du mémoire de fin d'études, à savoir au plus tard fin 2010.
- Consent à ce que les données recueillies pendant le mémoire de fin d'étude soient publiées dans des revues professionnelles, l'anonymat de ces données étant garanti.

Le (la) soussigné(e) accepte donc de participer au mémoire de fin d'études mentionné dans l'en-tête.

Date: Signature :

Contacts :

Dubosson Juliana, étudiante HES-SO//Valais Wallis. Tél : XXXXXXXXX

Dini Sarah, directrice du Travail Bachelor à la HES-SO//Valais Wallis

ANNEXE 9 : Exemple d'une grille d'analyse

4.1. Confiance professionnelle/modifiée ? façon ?	Réponse : non	5.1 Collaboration équipe infirmière	Réponse : Pas de tensions. Le problème jeunes infirmières pas formées en pédiatrie et en néonatalogie donc pas à l'aise avec le bébé et donc encore moins avec les SD. Il faut former sur le tas, ce n'est pas facile. Pas de réticences dans l'équipe à son avis.
4.2 Difficultés/facilités/attitudes	Réponse : DIFF : dépend des jours et des situations mais surcharge de travail, pas assez d'infirmière. FACIL : si assez d'infirmières les SD sont bien appliqués.	5.2 Obstacles et améliorations infirmières	Réponse : Plus de formation. L'introduction des SD a fait que les infirmières respectent plus le rythme de l'enfant.
4.3 Améliorations à envisager	Réponse : service plus grand donc plus de bébés et donc plus de professionnelles.	5.3 Collaboration équipe médicale	Réponse : Dépend du médecin. Certains écoute et respect, disent que l'infirmière plus au chevet du bébé, ils sont contents de ton expérience. D'autres n'acceptent pas les SD, surtout les chefs.
		5.4 Obstacles et améliorations	Réponse : Enseignement et intégration SD auprès des médecins. Faire débriefing après formation à Brest.
<u>6. Prise en charge des parents et des prématurés</u>	Réponse : DIFF et FACIL dépendent vécu parents : gérer déjà le stress de la situation, c'est-à-dire pour les parents peut-être 1 ^{ère} bébé, le veulent à la maison, se sentent dépassés.		
6.1 Influence SD sur parents/amélioration prise en charge ?	Réponse : C'est de la satisfaction car parents voient qu'on n'est pas là que pour donner à manger, il y a une notion de CONFORT. Les SD améliorent ma prise en charge des parents.	6.3 Influence SD sur prématurés/amélioration prise en charge ?	Réponse : Les SD permettent une meilleure compréhension du bébé, de sa douleur, de son confort donc améliore la prise en charge.